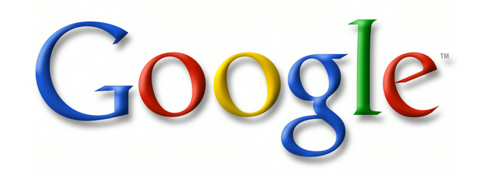


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

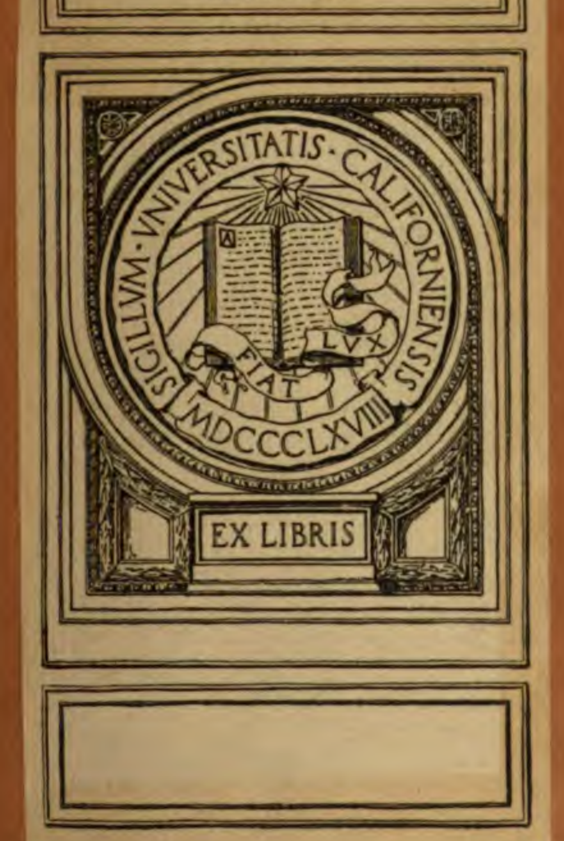
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

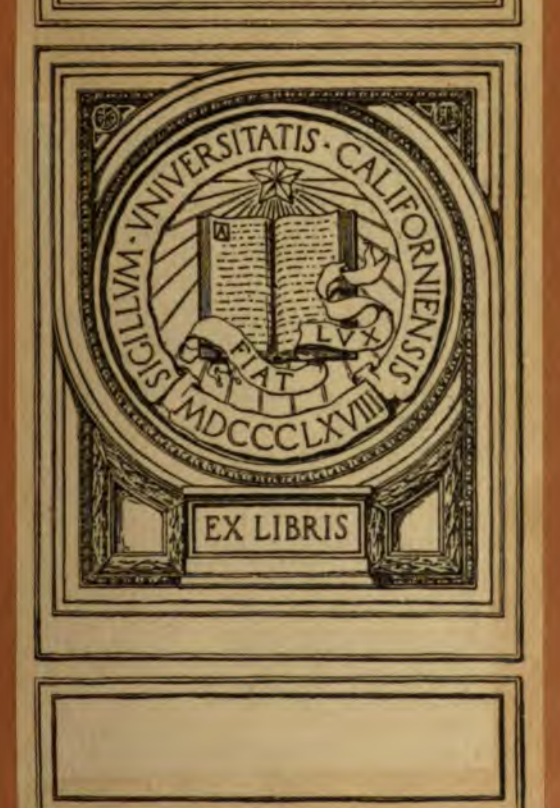


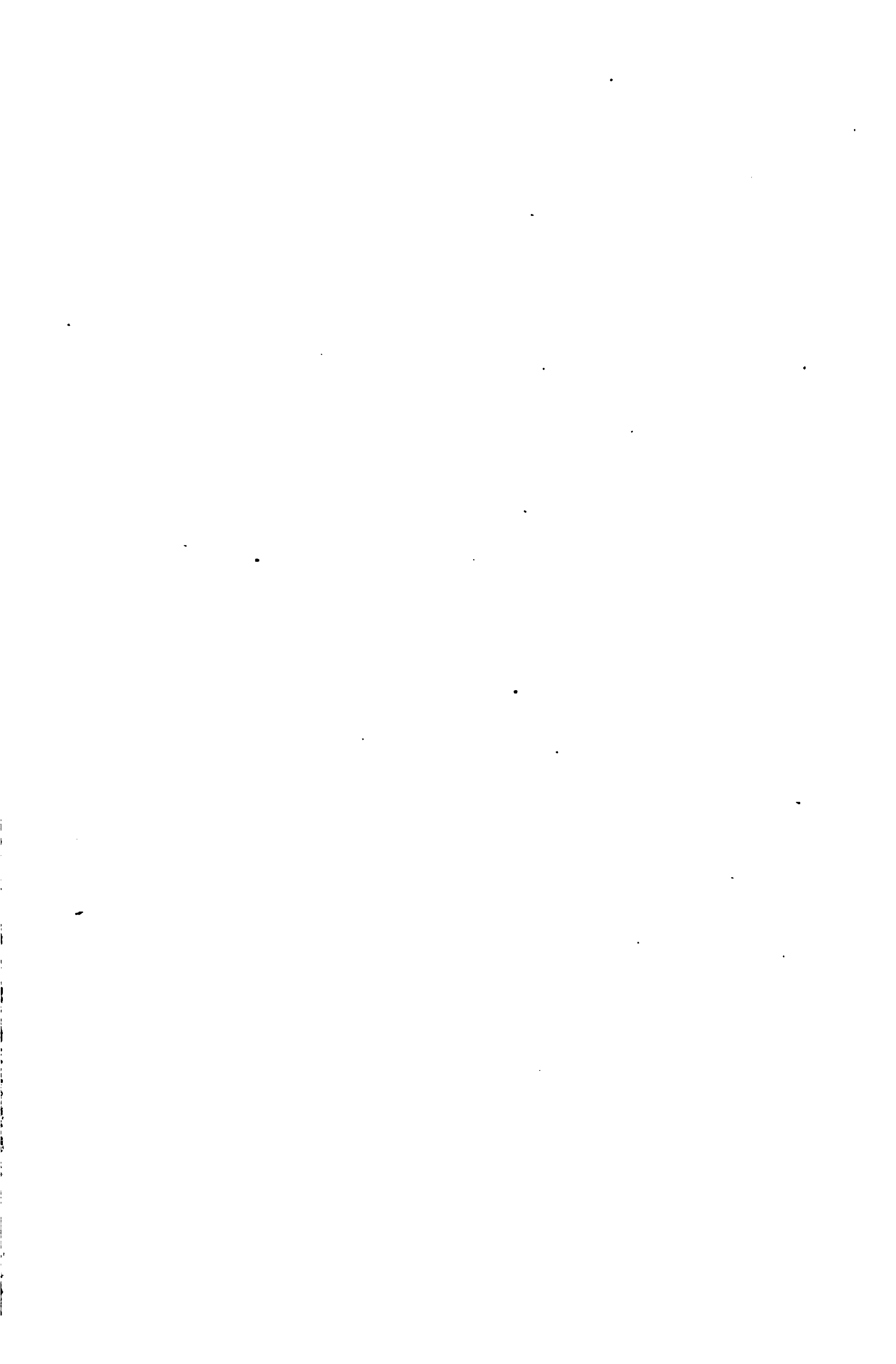

RICHARD J. HALL M.D.


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

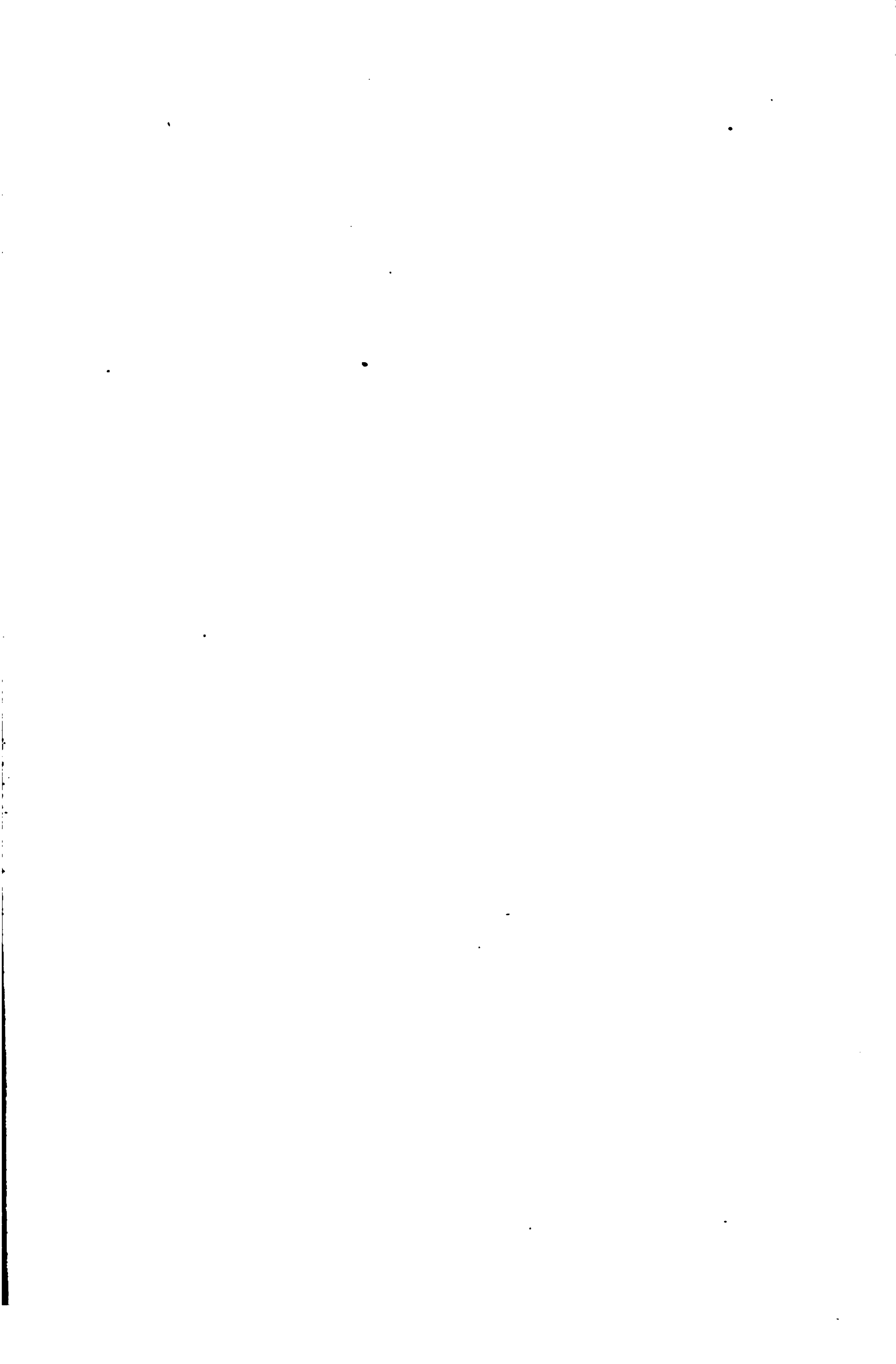

RICHARD J. HALL M.D.

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY









Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1889.

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Originalmittheilungen.

2912

Namenregister.

Sachregister.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, **Gerhardt**, **Leube**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Naunyn**, **Nothnagel**,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 5. Januar.** **1889.**

Beziehungen des Trigeminus zu der Gesichtsatrophie.

Von

Dr. **J. Ruhemann**,
praktischer Arzt in Berlin.

Am 9. Juni 1880 stellte Virchow gelegentlich eines in der Berliner medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages »über neurotische Atrophie« zwei berühmt gewordene Fälle der progressiven halbseitigen Gesichtsatrophie vor. Er sprach hierbei die Ansicht aus, dass die trophischen Störungen nicht auf die vasomotorischen Nerven, also auf den Sympathicus, zu beziehen wären, da sich abnorme Kontraktions- oder Krampfzustände der Gefäße nicht zeigten und hautröthende Reize innerhalb des atrophischen Gebietes prompte

angioparalytische Wirkungen entfalteten; aber auch der Facialis durfte nicht als Veranlasser der trophischen Erscheinungen in Frage kommen, da sich keine Paralysen der betroffenen Gesichtsmuskeln nachweisen ließen, sondern letztere nur entsprechend ihrem schlechten Ernährungszustande schwächer funktionirten; dagegen wies das Krankheitsbild auf den peripherischen Trigeminus hin, indem sich die beträchtlichsten Atrophien, die narbenartigen Furchen, gerade im Verlauf der Trigeminusäste vorfanden.

Seit Virchow's Veröffentlichung wurde eine ganze Reihe von analogen Fällen berichtet (Küster, Zeller, Karewski, Mendel, Henschen, Eulenburg, Soltmann, Bernhardt etc.), ohne dass die Beziehungen der Atrophie zu dem Trigeminus weiter begründet wurden, bis endlich Mendel[1] vor etwa einem halben Jahre einen diesbezüglichen interessanten und wichtigen Beitrag lieferte. Er hatte nämlich das pathologisch-anatomische Substrat des einen der von Virchow vorgestellten Fälle zur Verfügung, und dieser ergab eine Neuritis interstitialis prolifera der drei Trigeminusäste; zugleich wies M. an Schnittserien, welche von dem hinteren Ende des 3. Ventrikels bis zu dem distalen Ende des Hypoglossuskernes angelegt waren, Atrophie und partiellen Schwund der absteigenden Wurzel des Quintus und Volumsabnahme der Substantia ferruginea auf der der Gesichtsatrophie entsprechenden Seite nach. Wenn er nun auch demgemäß zugiebt, dass, wie es Virchow bereits aussprach, der Sitz der Störung in der Läsion des peripherischen Nerven zu suchen wäre, so ließe doch der pathologisch-anatomische Befund auch die Annahme zu, dass Läsion der Trigeminusfasern in ihrem centralen Verlaufe ein ähnliches Krankheitsbild hervorzubringen vermöchte und bezeichnete, da die andern Wurzeln des 5. Gehirnnerven intakt waren, die absteigende Wurzel als die trophische. Zu Gunsten der letzteren Ansicht spräche das Faktum, dass in den meisten Fällen, fast in allen, Sensibilitätsstörungen so gut wie gar nicht hervortraten und Affektionen der motorischen Portion des Trigeminus fehlten.

Um nun auch klinischerseits Beweise für die Beziehungen des Trigeminus zu der Gesichtsatrophie beizubringen, möge folgender Fall dienen.

64jähr. Tapezierer giebt an, seit etwa 44 Jahren auf dem rechten Auge schlecht gesehen zu haben. Luische Infektion wird abgeleugnet. Vor etwa 20 Jahren klagte er gelegentlich über Kopfschmerz am Hinterhaupte. Im Jahre 1874 hatte er, wie er sagt, eine Kieferentzündung und verlor vier gesunde Zähne der rechten Seite; es wurde ihm damals ein Stück des rechten Oberkiefers operativ entfernt. Seitdem bemerkte er eine Herabsetzung des Gefühls auf der rechten Gesichtshälfte, ohne dass sich zu irgend einer Zeit daselbst Schmerzen eingestellt hätten. Die Gefühllosigkeit nahm langsam aber stetig zu. In letzter Zeit bekam er ein marginales

[1] Zur Lehre von der Hemiatrophia facialis. (Neurol. Centralbl. 1888. No. 14.)

Hornhautgeschwür, welches unter antiseptischem Occlusivverband ziemlich schnell heilte. Ein Abusus spirituosorum wird in Abrede gestellt. Seit 30 Jahren leidet Pat. an Effluvium capillorum, so dass er jetzt eine sehr bedeutende, aber symmetrische Glatze aufweist. Seine Frau abortirte einmal und hat vier gesunde Kinder geboren. In allerjüngster Zeit verspürte Pat. schwaches Kriebeln hinter dem rechten Auge und hatte in dem letzten Jahre einen schnell vorübergehenden Schwindelanfall.

Die Beobachtung dieses Falles verdanke ich der Güte des hiesigen Augenarztes Dr. G. Gutmann.

Das Gedächtnis des Pat. wird als ein scharfes geschildert. Psychische Abnormitäten, Sprachstörungen und Schluckbeschwerden bestehen nicht. Krankhafte Veränderungen seitens der Motilität und Sensibilität der Extremitäten und des Rumpfes werden nicht gefunden. Die grobe Kraft der Glieder und die trophischen Verhältnisse der Muskeln der Arme und Beine zeigen nichts Pathologisches. Cubitalreflexe und Kniephänome sind von mittlerer Stärke. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zeigt keinen Tremor; die Uvula weicht nach keiner Seite ab; das Velum hebt sich gleichmäßig beim Phoniren. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist überall in mittlerer Stärke vorhanden. Dorsalklonus fehlt. Die inneren Organe sind gesund; es besteht mäßige Sklerose der Carotiden. 72 regelmäßige Pulsschläge in der Minute.

Ptosis auf dem rechten Auge, das sich in Divergenzstellung befindet. Die Cornea dextra zeigt eine feine Trübung, welche an dem Rande gesättigter ist. Mature Cataract der Linse des rechten Auges; die Pupille desselben ist enger als die des anderen Auges; die direkte und indirekte Lichtreaktion beider Pupillen, so wie die Accommodationsverengerung der linken ist prompt. Die Oculomotion zeigt sich rechts nach oben und innen beschränkt. Lichtschein und Projektion sind erhalten.

Es besteht nun an der rechten Gesichtshälfte im Bereiche der drei Trigeminusäste eine fast komplete Anästhesie, so dass selbst die schmerzhaftesten Reize nur als leise Berührungen wahrgenommen werden.

An der Cornea, der Conjunctiva sclerae, C. palpebrarum, den Lidrändern des rechten Auges werden Berührungen nicht empfunden und lösen keinen Lidreflex aus. Die Haut der Backe und der Stirn der rechten Gesichtshälfte kann mit der Nadel durchstochen werden, ohne dass Pat. mehr als eine leichte Berührung zu verspüren glaubt. Die Grenzen der empfindungslosen Partien werden durch die Linea nuchae suprema, den Processus mastoides und den unteren Kieferrand gebildet, wobei noch erwähnt werden muss, dass an den diesen Theilen benachbarten Regionen geringe Empfindungsfähigkeit verschiedenen Reizen gegenüber vorhanden ist, so an der hinteren Hälfte des Schädels, an dem rechten Ohre und über dem rechten Masseter.

Während das Schmerzgefühl erloschen ist, zeigt sich die Berührungsempfindlichkeit in geringen Graden erhalten.

Die Schleimhaut der rechten Nasenhöhle ist gegen Berührung so gut wie empfindungslos. Pat. fühlt eine rechts eingeführte Sonde erst, falls sie die hintere Nasenrachenwand erreicht. Während Spiritus aethereus und Chloroform beiderseits ziemlich gleichmäßig durch den Geruch wahrgenommen werden, riecht Pat. Senfspiritus, verdünnte Essigsäure, Karbolsäure und Eau de Cologne rechts nicht so deutlich wie links.

Während Pat. angiebt keine Veränderung oder Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung bemerkt zu haben, so lassen sich diesbezüglich Unterschiede an beiden Zungenhälften konstatiren. 5%ige Salzlösung, 5%ige Zuckerlösung, Chininsolution, Acid. acetic. dilutum werden auf den beiden vorderen Dritteln der rechten Zungenhälfte undeutlicher geschmeckt und erst nach etwas längerer Zeit wahrgenommen als auf dem hinteren Drittel derselben und auf der linken Zungenseite. Das Berührungs- und Schmerzgefühl ist ebenfalls auf den beiden vorderen Dritteln der rechten Zungenhälfte sehr beträchtlich herabgesetzt. Dasselbe zeigt sich auf der rechten Hälfte der Lippen-, Zahn-, Mund- und Wangenschleimhaut und des Gaumens. Hinter den Arcus palatoglossis, an den Tonsillen, dem Velum, der Uvula und der hinteren Pharynxwand bestehen in Bezug auf sensibles Verhalten keine Unterschiede und keine Beeinträchtigungen. Hält man gegen die rechte Seite der Wangen- oder Zahnschleimhaut nach einander ein mit kaltem und sodann ein mit warmem Wasser gefülltes Reagensglas, so fühlt Pat. weder den Temperaturunterschied noch hat er eine Empfindung von Wärme oder Kälte. Eine gleiche Erfahrung macht man an der rechten Zungenhälfte; wenn hier nahe der Spitze noch eine geringe Empfindung der Wärme besteht, so ist der Temperatursinn auf dem Zungenrücken rechterseits völlig erloschen. Beim Kauen hat Pat. die Empfindung, als ob die rechte Seite geschwollen sei. Veränderungen der Speichelsekretion finden sich nicht.

Was das Temperaturgefühl der Haut betrifft, so zeigt es sich, dass dasselbe an den anästhetischen Theilen völlig aufgehoben ist. An der rechten Backe, der rechten Stirn und auf dem rechten Seitenwandbein empfindet und unterscheidet Pat. Wasser von 15°, 40° und 60° C. absolut nicht. Kochendes Wasser, welches intensive Verbrennungsröthe hervorruft, wird an der rechten Stirn und Wange gar nicht gefühlt; auf dem rechten Scheitelbein ruft es ganz geringfügigen Schmerz hervor.

Die faradokutane und galvanokutane Sensibilität sind so gut wie erloschen an der rechten Gesichtshälfte. Bei Applikation sehr starker faradischer Ströme und bei Anwendung der Volta'schen Alternativen eines kräftigen konstanten Stromes fühlt er keinen Schmerz sondern nur leichtes »Krümmen« der sich energisch kontrahirenden rechtsseitigen Gesichts- und Zungenmuskeln. An der Austrittsstelle des Facialis aus dem Foramen stylomastoideum besteht elektrische Haut-

empfindlichkeit; auch an dem rechten Ohre, am Nacken, auf dem rechten Os parietale, und über dem rechten Masseter und Temporalis werden die elektrischen Ströme empfunden aber weit schwächer als an den entsprechenden linksseitigen Stellen. Die direkte und indirekte galvanische und faradische Erregbarkeit der rechtsseitigen Gesichts- und Zungenmuskeln zeigt dagegen keine Abweichungen von der Norm sowohl in qualitativer wie quantitativer Beziehung.

So weit eine Empfindung an der rechten Gesichtshälfte besteht, ist die Lokalisation derselben prompt. Das Muskelgefühl am Orbicularis palpebrarum ist erhalten. Schmerzpunkte am Trigeminus sind nicht vorhanden.

Was nun die Motilität auf der afficirten Gesichtshälfte betrifft, so ist dieselbe abgesehen von der Ptosis und der Parese der bezeichneten Augenmuskeln unbeeinträchtigt. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Die Kaubewegungen sind energisch und kraftvoll. Die Exkursionen des Unterkiefers werden seitlich und nach vorn in ausgiebiger Weise ausgeführt.

Wir kommen nun zu der Reihe der trophischen Störungen. Abgesehen von der leichten im Schwinden begriffenen rechtsseitigen Hornhauttrübung, welche noch von der oben erwähnten ulcerativen Hornhautaffektion resultirt, findet sich auf dem rechten Auge eine mature Cataract. Bei dem aufmerksamen Betrachten des Gesichtes zeigt es sich, dass die rechte Backe sowohl ihrem Volumen nach als auch in ihrem vertikalen Durchmesser gegen die linke Wange zurücksteht. Die rechte Nasolabialfalte ist flacher als die linke und verläuft weniger perpendikulär als die der korrespondirenden Seite. Beim Palpiren der Wangen erscheint die rechte ganz bedeutend dünner und schlaffer als die linke, die sich straff und voll anfühlt. Ähnliche wenn auch etwas weniger auffallende Differenzen zeigen sich an der Stirn, woselbst die rechte Frontalgrube bedeutend tiefer ist als die linke, an der Ober- und Unterlippe, dem Kinn. Beim Aufblasen der Wangen baucht sich die rechte weiter vor als die linke. An symmetrischen Stellen gemessen ergiebt rechts der Dickendurchmesser der Wange 1,3 cm, links 1,8 cm; rechter Ober- und Unterlippendurchmesser beträgt 0,6 cm, linker 0,8 cm. Die Atrophie bezieht sich rechterseits auf die Haut und die Muskulatur, welche man auf der afficirten Seite durch Palpation von einander trennen kann: rechter Masseter und Temporalis erweisen keine Volumsabnahme und keine Verringerung des Tonus. Die Haut der rechten Gesichtsseite, die etwas blasser als die der linken aussieht, zeigt keine Flecke, keine narbigen Furchen und reagirt auf mechanische, chemische, thermische und elektrische Reize durch leicht eintretende Röthe.

Die Gefäße selbst zeigen keine Abnahme des Kalibers; atrophische Zustände an den Knochen bestehen nicht, wenn auch der rechtsseitige Schädelumfang um einen Centimeter geringer ist als der linke. Ein Einsinken des rechten Bulbus wird nicht bemerkt. Die beiden Zungenhälften zeigen in Bezug auf ihr Volumen keine Unterschiede.

Wir haben es demnach in dem vorliegenden Falle mit einer halbseitigen Hemianästhesie und Hemiatrophie des Gesichtes zu thun. Die letztere ist freilich nicht so hochgradig wie sie in den Virchowschen Fällen und anderen beschrieben wurde, wo Knochenschwund, extreme Verdünnung der Haut, narbige Furchen, Pigmentveränderungen und beträchtliche Abnahme des retrobulbären Fettgewebes beobachtet wurden.

Die immerhin beträchtlichen trophischen Störungen können nun nicht auf Rechnung des Facialis gesetzt werden, weil sich keine Paralyse noch Veränderungen der elektrischen Reaktion der Gesichtsmuskeln zeigen. Ferner kann man in dem Falle auch nicht an eine Läsion des Sympathicus denken, dessen Beziehungen zu der Atrophie, besser Abmagerung des Gesichtes durch einige Beispiele (Seeligmüller, Bernhardt, Nicati) bekannt sind. Denn auf die Verengerung der rechten Pupille ist bei dem Vorhandensein der Catarakt und der schon seit so langer Zeit bestehenden Sehstörung kein großes Gewicht zu legen; sodann hat man es hier nicht mit der Ptosis sympathica zu thun, eine Bezeichnung, die übrigens an sich schlecht gewählt ist, sondern mit einer wirklichen Parese des Levator palpebrae superioris, ferner fehlen Zeichen, welche man als Lähmungs- resp. Reizungserscheinungen des Sympathicus auffasst, wie das Zurückweichen des Bulbus, Veränderungen der Schweiß-, Speichel- und Thränensekretion, Tachykardie, angioparalytische- und angiospastische, oculopupilläre Phänomene vollkommen. So bleibt denn nichts Anderes übrig als den Trigeminus für die trophischen Gesichtsstörungen verantwortlich zu machen; bietet doch der Mendel'sche Fall den pathologisch-anatomischen Beweis für einen derartigen Zusammenhang. Ob die rechtsseitige Linsentrübung auf Rechnung der Trigeminuslähmung zu setzen ist, lasse ich dahingestellt; doch ist der Gedanke sehr verführerisch, hier ebenfalls eine von der Quintusparalyse bedingte trophische Störung anzunehmen Auch der von D. Ferrier[2] im Anfange dieses Jahres veröffentlichte Fall von reiner, kompleter, peripherischer Trigeminuslähmung dürfte ebenfalls in unserem Sinne sprechen; Verf. erwähnt nämlich, ohne freilich darauf weiteres Gewicht zu legen, dass auf der anästhetischen Gesichtshälfte die Schläfengegend und die Backe etwas dünner erscheinen als auf der gesunden. Auch hier waren Sympathicus und Facialis absolut intakt. Trophische, auf den Trigeminus zu beziehende Hautstörungen werden ja weiterhin durch das Bild des Herpes ophthalmicus und faciei bewiesen.

Wenn wir nun schließlich nach dem pathologisch-anatomischen Befund und dem Sitz der Läsion fragen, so finden wir auch hierfür in dem Virchow-Mendel'schen Falle ausreichende Analogien; wenn dort die Neuritis von einer im Wochenbett entstandenen, mit lebhaftem Fieber einhergehenden Gesichtsrose ihren Ausgang nahm,

[2] Paralysis of the fifth cranial nerve. (The Lancet 1888. Vol. I. No. 1. p. 1.)

so ist derselbe hier wahrscheinlich in der oben erwähnten entzündlichen Affektion des rechten Oberkiefers zu suchen; sprechen doch auch eine Reihe von Fällen der Hemiatrophia facialis für einen derartigen Ursprung (Zahnerkrankung, Zahngeschwüre). Die Nervenentzündung hat durch ascendirendes Fortschreiten auch die übrigen Zweige des Nerven und zwar die sensiblen ergriffen. Ob auch die absteigende Wurzel des Trigeminus getroffen ist, lässt sich nicht feststellen; doch glaube ich dagegen an eine primäre Läsion der sensiblen und absteigenden Wurzel in diesem Falle nicht, da sich dafür keine anamnestischen Anhaltspunkte finden und Hirnerscheinungen, die einen Herd in dem Pons anzeigen, nicht vorhanden sind.

Dagegen bietet der besprochene Fall einen weiteren Beleg für die von Schiff aufgestellte, neuerdings von H. Salomonsohn[3] und Ph. Zenner[4] klinisch bewiesene Ansicht, dass die Geschmacksnerven nicht im Facialis verbleiben und zu der Portio intermed. Wrisberg. verlaufen (Lussana) noch dem Glossopharyngeus allein angehören (Carl), sondern dass sie in dem Trigeminus ihren Weg nehmen; erwiesen sich doch in unserem Falle Facialis und Glossopharyngeus intakt.

In der Reihe der bisher bekannt gewordenen Fälle von Hemiatrophia facialis würde dieser der 89. sein, falls man zu den 86 von Mendel zusammengestellten Beobachtungen die von L. Sperling[5] in dem vorigen Jahre und die von Bechterew[6] neuerdings publicirte hinzurechnet.

Wäre es nun sicher erwiesen, dass der Trigeminus die Gesichtsatrophie verursacht, dann folgt daraus, dass man an einen isolirten Verlauf der trophischen Fasern glauben muss, da es sonst nicht zu verstehen wäre, dass in manchen Fällen nur trophische Störungen, in manchen nur sensible Läsionen gefunden werden.

---

1. R. Heidenhain. Beiträge zur Histologie und Physiologie der Dünndarmschleimhaut. Mit 4 Taf. in Farbendruck.

(Pflüger's Archiv für die ges. Physiologie Bd. XLIII. Supplementheft.)

Unter steter Zuhilfenahme des Mikroskops und mit Benutzung der neueren Hilfsmittel histologischer Technik hat H. die physiologischen Vorgänge der Dünndarmschleimhaut, insbesondere die Resorptionsfunktion derselben, einer eingehenden Untersuchung unterzogen.

Der erste Abschnitt der Arbeit behandelt den Bau der Darmzotten.

Sehr auffallend und vermuthlich mit der verschiedenen Ernährungsweise zu-

---

[3] Über den Weg der Geschmacksfasern zum Gehirn. Inaug.-Dissertation Berlin. März 1888) ref. Neurolog. Centralbl. 1888. No. 10. p. 295.

[4] Ein klinischer Beitrag über den Verlauf des Geschmacksnerven (Neurol. Centralbl. 1888. No. 16. p. 457).

[5] Über Hemiatrophia facialis. Erlang. Dissert. 1887.

[6] Hemiatrophia facialis progressiva (Wjestnik psichiatrii i nevropathologii 1888. VI.) ref. Neurolog. Centralbl. 1888. No. 20. p. 579).

sammenhängend ist hier zunächst das verschiedene Größenverhältnis der Epithellage zum Zottenstroma bei Fleischfressern (Hunden) einerseits und bei Pflanzenfressern (Kaninchen, Meerschweinchen) andererseits. Während bei ersteren die Epithelschicht an Mächtigkeit vom Stroma erreicht oder übertroffen wird, bleibt bei letzteren die Ausdehnung des Stromas weit hinter der des Epithelbesatzes zurück.

Die Gestalt der Epithelzellen ist sehr variabel, je nach den mechanischen Bedingungen, welche die nachfolgende Zottenform erzeugt; im Ganzen stimmt H. hier mit den Angaben von Spee und von Paneth überein. Dem elastischen Gleichgewichtszustand entspricht nach H. eine hohe und schmale Gestalt der Zelle. Eine geringe Menge von Kittsubstanz verlöthet die Zellen unter einander.

Es sind 3 Arten von Zellen in der Epithelschicht zu unterscheiden: resorbirende Zellen, Becherzellen, Wanderzellen.

Die Becherzellen findet H. auffallend häufig in der Umgebung der Peyerschen Follikel.

Die resorbirenden Zellen. Frisch untersucht zeigen sie sich in zwei verschiedenen Zuständen: a) als Zellen mit undeutlichen Grenzen; hellem, durchscheinendem, sehr matt feinkörnigem oder schwach längsstreifigem Inhalt; b) als scharf begrenzte, in Folge der Anwesenheit reichlicher, kleiner, stark lichtbrechender Körnchen undurchsichtiger Gebilde. Eine Membran präexistirt nicht; die bei Wasserzusatz sich abhebende Schicht ist eine durch das Wasser erzeugte Traubesche Niederschlagsmembran. Gegen die Annahme einer präexistenten Hülle spricht die Thatsache, dass man auf Schnitten durch das Epithel Protoplasmabrücken zwischen benachbarten Zellen erkennt. Erst bei der Verschleimung, die zur Entstehung von Becherzellen führt, entsteht eine die Seitenwände begrenzende Membran.

Der Basalsaum kann hoch oder niedrig, homogen oder senkrecht gestreift und wie aus Stäbchen bestehend aussehen. Für irrig hält H. die Angabe von Brettauer und Steinach, dass der Hungerdarm Stäbchen zeige, der Darm nach Fettfütterung aber nur homogene Säume. Der wahre Thatbestand ist vielmehr der, dass der Saum sich aus Stäbchen zusammensetzt, die mit dem Protoplasma in enger Verbindung stehen, und die in eine Zwischensubstanz eingelagert sind. Ist die Streifung nicht sichtbar, so ist das desshalb der Fall, weil hier Stäbchen und Zwischenmasse gleiche Brechung haben. Durch Wasserzusatz und Wasserentziehung kann man in solchen Fällen nach Belieben die Streifung hervortreten oder verschwinden lassen. In anderen Fällen ist aber und bleibt der Saum wirklich homogen, die Stäbchen fehlen. Das ist der Fall, wenn die Stäbchen vom Protoplasma der Zelle eingezogen werden. Andererseits kann die Zwischenmasse im Basalsaume fehlen; die ausgestreckten Stäbchen treten dann deutlich hervor. An ihrem unteren Ende sieht man sie dann oft knötchenartig verdickt.

Die Größe der Stäbchen ist oft selbst in benachbarten Zellen sehr verschieden. Geht schon daraus mit Wahrscheinlichkeit hervor, dass dieselben nicht starre Cuticularbildungen darstellen, sondern aktive formverändernde Gebilde sind, so wird dies noch mehr durch folgende Wahrnehmung bewiesen: Füllt man eine Darmschlinge eines lebenden Hundes mit 10—20%iger Bittersalzlösung, so findet man nach 10—15 Minuten in der ausfließenden Flüssigkeit runde, an einer Seite mit langen feinen Härchen besetzte Zellen, die zweifellos durch eine Reizung und dadurch veranlasste vitale Thätigkeit der normalen Epithelzellen aus diesen durch Abschnürung des die Stäbchenfortsätze tragenden Theiles des Zellleibes entstanden sind. Solche »Haarzellen« sieht man auch nach Reizung der Schleimhaut durch Osmiumsäure; in diesem Falle können sie sogar im Entstehen und im Zusammenhange mit der Epithellage gefunden werden. Im todten Darm lässt sich nicht dergleichen erzielen. Die Schlüsse, zu denen H. durch diese Beobachtungen gelangt, fasst er folgendermaßen zusammen: »Die Epithelzellen des Darmes sind befähigt, aktiv ihre Form zu ändern, aus ihrem Protoplasma an der freien Basalseite Fortsätze von veränderlicher Länge und Dicke auszusenden und den diese Fortsätze tragenden Theil durch Abschnürung frei werden zu lassen. Unter ge-

wöhnlichen Umständen haben diese Forsätze die Gestalt kürzerer oder längerer Stäbchen; sie können sich aber auch zu langen dünnen Härchen dehnen. Oft befindet sich zwischen ihnen eine ebenfalls aus dem Zellleibe stammende homogene Zwischenmasse, welche indess schwinden kann; dann ist die Basis der Zelle von freistehenden Stäbchen besetzt.«

Bezüglich des Zottenendes der Epithelzellen lässt H. seine ältere Annahme fallen, der zufolge dasselbe mit den Bindegewebszellen der Zotte in Verbindung stehen sollte. Es besteht keine Verbindung mit tieferen Gebilden; die Form des Endes ist bald breit, bald schmal und spitz.

Der Zellkörper zeigt oft eine feine Längsstreifung; die sie bedingenden Fäden färben sich durch Säurefuchsin stärker wie die übrige Substanz. Öfters finden sich »Einschlüsse«, zum Theil vermuthlich Reste eingedrungener Leukocyten.

Der Kern der Epithelzelle ist oval, zeigt schöne Chromatinnetze, bei Säugethieren sehr selten Mitosen. Bei Amphibien sind solche in der Faltentiefe zu sehen. Bei Salamandra maculata wurden in den Kernen parasitäre Coccidien angetroffen.

H. widerspricht, wie Paneth, entschieden der wiederholt aufgetretenen Behauptung, dass das Epithel der Lieberkühn'schen Drüsen nur eine unveränderte Fortsetzung des Zottenepithels sei, dass die Krypten nur eine Vergrößerung der Schleimhautoberfläche darstellen. Vor Allem sind beiderlei Zellen sehr verschieden, bezüglich ihrer Tinktionsfähigkeit, des Zellinhaltes, des Basalsaumes. Letzteren spricht H. zwar den Drüsenzellen nicht völlig ab, doch findet er die Stäbchen hier kleiner und zarter. In den Drüsen finden sich sehr oft Mitosen; für deren Untersuchung ist besonders der Mäusedarm geeignet. Sie sind übrigens bei Hungerthieren eben so reichlich, wie bei gefütterten; eine Beziehung ihres Auftretens zur Absonderung ist desshalb nicht wahrscheinlich. Die Theilungsebenen der Zellen stehen senkrecht zum Lumen der Drüsen.

Im Zottenkörper gelang die deutliche Darstellung des Endothelialbelages des centralen Chylusraumes. Die Zottenmuskeln liegen nach H. (beim Hunde) größtentheils nicht dem Lymphraum an, sondern im Stroma, zum Theil hart an der Zottenperipherie. Die Muskelbündel besitzen, wie schon Basch angab, eine Art von bindegewebiger Scheide. Selten sind die von Spee beschriebenen bogenförmigen Anastomosen der Bündel an der Zottenspitze. Die Mehrzahl derselben endet vielmehr in Bindegewebsfäden, die, sich hautartig verbreiternd, an der Zottenoberfläche festsitzen, also gewissermaßen Sehnen darstellen. An den Ansatzstellen liegen oft Kerne.

Die Fäden des bindegewebigen Zottengerüstes gehen aus von der Oberfläche der Zotte, der Muskeln, der Kapillaren, des Lymphraumes; sie liegen zumeist senkrecht zur Zottenachse, bilden ein Netz, in dessen Kurvenpunkten oft Kerne liegen und zeigen ebenfalls hautartige Verbreiterungen an den Ansatzstellen.

Beim Kaninchen ist Muskulatur und Bindegewebe der Zotte nur sehr spärlich entwickelt.

Eine eigene Membran als Zottengrenzschicht nimmt H. nicht an; die subepitheliale Schicht besteht vielmehr nur aus den Endigungen der Stromafäden, aus cirkulären Bindegewebsfasern, Kapillaren und Wanderzellen.

In den Maschen des Stromagewebes liegen zahlreiche zellige Gebilde, die man als Wanderzellen, sesshafte Zellen und Phagocyten unterscheiden kann, ohne dass damit eine specifische Verschiedenheit derselben angedeutet werden soll.

Die Wanderzellen sind unregelmäßig im Parenchym zerstreut; sie dringen bis in die Epithelschicht vor (Stöhr), ohne dass dafür der Nahrungsmittelgehalt des Darmes bestimmend wäre, da sie wie bei gefütterten Thieren dasselbe auch im Hungerzustand, sogar im Winterschlaf thun. Sehr reichlich sind sie im Epithel bei Anwesenheit von viel Flüssigkeit im Darm (Milchdiät bei Kaninchen u. A. m.). sie dringen bis zur Höhe des Basalsaumes; auf der Darmoberfläche findet man sie bei leerem Darm und besonders nach Injektion von Salzlösungen in isolirte Darmschlingen.

Sesshafte Zellen treten auf in den Knotenpunkten des Zottengerüstes. Mit

Hilfe der Ehrlich'schen Anilinfarbenmischung lassen sich 4 verschiedene Arten unterscheiden.

Die Phagocyten sind Zellen mit kolossalen Leibern. Zwischen ihnen und den gewöhnlichen Leukocyten finden sich allmähliche Übergänge. Die »Einschlüsse« der Phagocyten sind von großer Mannigfaltigkeit; wesentlich werden sie durch die mehr oder weniger deutlich erkennbaren Reste gefressener Leukocyten gebildet. Die Phagocyten finden sich reichlich beim Meerschweinchen und beim Frosche, sehr selten beim Kaninchen, wie beim Hunde. Sie sind mit amöboider Beweglichkeit begabt und dringen, besonders im Hungerzustand, ins Epithel hinein, das durch sie erheblich deformirt werden kann.

Die Pericellularräume endlich, d. h. die von Zellen freibleibenden Theile der Gewebsmaschen, sind mit gerinnbarer Flüssigkeit von wahrscheinlich sehr wechselnder Beschaffenheit gefüllt. (Schluss folgt.)

Langendorff (Königsberg).

---

2. E. Hess (Bern). Der Stäbchenrothlauf und die Schweineseuche. (Thiermedicinische Vorträge, herausg. von Dr. Schneidemühl. Bd. 1. Hft. 1.)

Halle, Buchdruckerei des Waisenhauses, 1888.

Die vorliegende Abhandlung fasst das zur Zeit über Stäbchenrothlauf und Schweineseuche Bekannte in klarer und übersichtlicher Form zusammen. Der Name Rothlauf ist ein Sammelname für zwei ganz verschiedene Krankheiten. Die häufigere von ihnen, der Stäbchenrothlauf, ist in allen europäischen Staaten verbreitet; namentlich Schweine edler Rassen sind für die Krankheit disponirt. Es ist eine eigenthümliche Form kontagiöser Septikämie, welche durch einen feinen, mit dem Koch'schen Bacillus murisepticus wahrscheinlich identischen Bacillus bedingt wird. Die Aufnahme des Giftes erfolgt fast immer vom Darm aus (durch Futterstoffe, welche mit dem Speichel oder Koth erkrankter Thiere verunreinigt sind oder dadurch, dass die Schweine Fleischtheile von kranken Schweinen, Ratten oder Mäusen fressen). Seltener ist eine Infektion von der Haut aus (durch Insektenstich). Die Aufnahme der Bacillen durch die Lungen ist sehr unwahrscheinlich. Nach den Symptomen sind zwei Formen der Krankheit zu unterscheiden, die akute und die chronische.

Bei der ersteren, der akuten Form, tritt nach einem 2—11 Tage dauernden Incubationsstadium hohes Fieber, Mattigkeit, Mangel an Fresslust neben verschiedenen nervösen Symptomen auf. Öfter zeigen sich rothe Flecken auf der Haut, besonders der Bauchseite; nach 3—4tägiger Dauer der Krankheit sterben die Thiere unter den Erscheinungen des Lungenödem.

Bei Thieren, welche den akuten Rothlauf überstanden haben, bildet sich oft ein chronisches Siechthum aus. Die Thiere magern ab, es treten Blutungen in der Haut, den Lippen, dem Zahnfleisch auf. Daneben entwickelt sich eine chronische Enteritis oder verrucöse Endocarditis oder multiple Gelenkentzündungen; die Thiere gehen erst nach Wochen oder Monaten zu Grunde. Zur sicheren Feststellung der Diagnose ist bei beiden Krankheitsformen der Nach-

weis der specifischen Bacillen durch Kultur in Gelatine oder durch Überimpfung auf empfängliche Thiere (Kaninchen, Ratten, Mäuse, Tauben) nothwendig. Je nach dem Grade der Virulenz erhält man bei den geimpften Thieren bald die akute, bald die chronisch verlaufende Krankheit. In Gelatine bilden die Bacillen die bekannten, von Löffler beschriebenen Gläserbürsten-ähnlichen Kulturen. Im Kadaver der erkrankten Thiere findet man die Bacillen reichlich in den Kapillaren, namentlich an der Kapillarwandung und in weißen Blutkörperchen eingeschlossen. Der Sektionsbefund ergiebt bei der akuten Form des Rothlaufs neben Milztumor, Hämorrhagien in der Haut der Maul- und Magenschleimhaut, typhusähnliche Schwellung der Peyer'schen Plaques und Solitärfollikel im Darm, ferner frische seröse Pericarditis, kleine Blutungen im Herzfleisch, akute parenchymatöse Nephritis.

Bei der chronischen Form ist der Milztumor geringer (die Milzpulpa enthält aber die specifischen Bacillen), die Haut zeigt ältere Blutungen und Nekrosen, der Darm zahlreiche Käseherde; oft sind die Herzklappen und die Gelenke entzündlich afficirt. Die Prognose des Stäbchenrothlaufs ist ungünstig, Mortalität 55—85%. Prophylaktisch ist Absonderung der erkrankten Thiere und Desinfektion der Ställe, namentlich aber möglichste Reinlichkeit der Ställe und Futtertröge zu empfehlen. Die Schutzimpfung (mit 5—33% Mortalität) hat zur Zeit noch nicht genügende Erfolge ergeben.

Die früher mit dem Stäbchenrothlauf verwechselte Schweineseuche ist durch eine andere Bakterienart bedingt, nämlich durch ovoide, nur an den beiden Polen färbbare Bacillen, welche mit den Koch-Gaffky'schen Bacillen der Kaninchenseptikämie identisch zu sein scheinen. Die Krankheit ist durch subkutane Impfung übertragbar; in der Regel scheint aber die Aufnahme des Giftes durch die Lungen stattzufinden; vielleicht wird in einigen Fällen (namentlich bei der als »Swineplague« von Klein und Detmers beschriebenen Krankheit) die Krankheit auch durch Aufnahme des Giftes vom Darm aus erzeugt. Die akute Form der Krankheit dauert nur 3—9 Stunden. Die Sektion ergiebt als wesentlichen Befund eine akute nekrotisirende Pneumonie neben fibrinöser Pleuritis und Pericarditis. Bei chronisch verlaufenen Fällen findet man käsige Herde in Lungen, Lymphdrüsen, Tonsillen, Knochen, Sehnenscheiden und wohl auch im Darm (Roloff's käsige Darmentzündung). Das Fleisch der erkrankten Thiere ist nicht genussfähig.

Die Bakterien der Schweineseuche finden sich in den nekrotischen Lungenherden, im pleuritischen Exsudat, in den Bronchialdrüsen der gefallenen Thiere, seltener im Blut und in der Bauchhöhle. Sie sind pathogen für Kaninchen und Mäuse, weniger für Ratten und Tauben. Die Übertragung auf Hühner gelingt nicht, obwohl die Organismen mit denen der Hühnercholera morphologisch fast völlig übereinstimmen.

F. Neelsen (Dresden).

---

3. William Hunter. Is pernicious Anaemia a special disease?
(Practitioner 1888. August.)

Den in neuerer Zeit wiederholt gemachten Versuchen, die perniciöse Anämie nicht als selbständige Krankheit, sondern nur als eine aus den verschiedensten Ursachen entstandene schwere sekundäre Anämie zu betrachten, tritt H. entgegen. Er hält das Leiden für ein primäres, dessen Entstehung aus einer die Blutbildung schädigenden Ursache zu erklären ist.

Als ein besonderes, klinisch und anatomisch abgegrenztes Krankheitsbild charakterisirt sich die perniciöse Anämie durch Folgendes:

1) Viele Zählungen haben ergeben, dass die Verminderung der rothen Blutkörperchen bei ihr viel erheblicher ist, als bei allen anderen Formen der Anämie, insbesondere erheblicher, wie bei den als Begleiterscheinungen bösartiger Krankheiten auftretenden. Diese starke Oligocythämie ist nicht eine Folge der häufig bei perniciöser Anämie vorkommenden Blutungen, denn sie findet sich auch in Fällen ohne Blutungen und es gelingt nicht, beim Thier durch wiederholte Blutentziehungen solche Oligocythämie hervorzurufen, wie sie der perniciösen Anämie eigenthümlich ist.

2) Die der perniciösen Anämie eigenthümliche, für die Anzahl der rothen Blutkörperchen unverhältnismäßig große Hämoglobinmenge unterscheidet diese Krankheit von den anderen Arten der Anämie. Bei der durch Blutverlust entstandenen Anämie ist die procentische Verminderung der Hämoglobinmenge erheblicher, als die der rothen Blutkörperchen und bei der Rückkehr zum normalen Zustand wird hier die normale Zahl der Blutkörperchen eher erreicht, als die normale Hämoglobinmenge.

3) Die Poikilocytose ist für keine Art der Anämie charakteristisch, sondern hängt lediglich von dem Grade der vorhandenen Hydrämie ab. Bei der perniciösen Anämie tritt sie mehr in den Vordergrund, weil hier die Hydrämie am größten zu sein pflegt. Bei der durch Blutentziehung hervorgebrachten Anämie tritt die Poikilocytose weniger hervor, als bei der durch Injektion destruktiver Agentien (Pyrogallussäure) in die Blutbahn hervorgebrachten, weil bei der letzterwähnten Versuchsanordnung die Hydrämie größer wird als bei der ersteren.

Mikrocyten finden sich fast in allen Fällen von perniciöser Anämie zu irgend einer Zeit oder während der ganzen Dauer der Krankheit. Da sie jedoch auch bei anderen Krankheiten gefunden wurden (Afanassiew), so sind sie nicht pathognomonisch für perniciöse Anämie.

Der Auffassung der perniciösen Anämie als einer primären Erkrankung widerspricht nicht die Thatsache, dass die Krankheit bisweilen in Verbindung mit verschiedenen anatomischen Organveränderungen auftritt. Perniciöse Anämie in Fällen von Magenkrebs ist viel seltener, als man gewöhnlich glaubt. Wenn auch die Krebs-

kachexie unter Umständen zur perniciösen Anämie disponiren kann, so scheinen doch diese beiden Affektionen in manchen Fällen zufällig, ohne eine wesentliche pathologische Beziehung unter einander, aufzutreten.

Auch auf das häufige Vorkommen anderer, meist atrophischer Veränderungen im Magen und Darm bei perniciöser Anämie darf kein zu großes Gewicht gelegt werden, weil dieselben zu verschieden sind, und alle auch häufig ohne perniciöse Anämie vorkommen.

Ferner können Eingeweidewürmer (Anchylostoma, Bothriocephalus) nicht die alleinige Ursache der bei ihrem Wirthe vorkommenden Anämie sein, da bei Anchylostoma die Anämie nicht immer im Verhältnis zur Zahl der Würmer steht und bisweilen fehlt, obwohl viele Würmer vorhanden sind, und da auch bei dem Vorkommen von Bothriocephalus die Anämie nicht konstant ist.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

---

4. **Cérenville** (Lausanne). Des manifestations encéphaliques de la pleurésie purulente.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1888. No. 1 u. 2.)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Gehirnerscheinungen, wie sie zuweilen im Verlaufe einer eitrigen Pleuritis, nach Operation derselben, aufzutreten pflegen und zwar in zweierlei Formen, nämlich als epileptoide und als hemiplegische Erscheinungen; beide sind zumeist im einzelnen Falle gleichzeitig vorhanden oder gehen doch in einander über, so dass es schwer ist, das Krankheitsbild der einen Form ohne die andere zu schildern. Derartige Fälle hat Verf. selbst 6 beobachtet und in der Litteratur konnte er noch weitere 15 auffinden. Unter 19 Fällen, deren Geschlecht angegeben ist, betrafen 16 das männliche, 3 das weibliche. Dem Alter nach überwiegt das von 10—30 Jahren. Die Zeitdauer, in welcher nach der Operation des pleuritischen Exsudates die nervösen Erscheinungen auftreten, schwankte in weiten Grenzen von 1 Tag bis 20 Monaten, doch ist das Auftreten derselben vor dem 30. Tage offenbar eine Seltenheit.

Der epileptische Anfall tritt zuweilen ganz plötzlich, ohne Prodromalerscheinungen auf; der Pat. fällt wie ein Todter in seinem Bette zurück, die Pupillen erweitern sich, das Gesicht wird todtenbleich, Respiration und Puls stocken und nach kurzer Zeit folgen heftige konvulsivische Zuckungen. In selteneren Fällen schwindet das Bewusstsein allmählich, aber stets vollständig. Die Zuckungen betreffen oft nur die Körperhälfte, in welcher auch die Pleuritis sich findet, nicht selten aber findet auch das Entgegengesetzte statt. Daneben ist die Sprache kürzere oder längere Zeit gestört, die Sensibilität abgeschwächt; nach anfänglicher Blässe der Haut folgt meist eine starke Erweiterung der peripheren Arterien und reichlicher Schweißausbruch über den ganzen Körper, selten über einzelne Re-

gionen zerstreut. Die Pupillen bleiben weit, ganz reaktionslos, zuweilen an beiden Augen ungleich; ophthalmoskopisch findet man Blutstauung in den Venen und kleine Hämorrhagien entlang denselben, Hyperästhesie der Retina und Retinalblutungen, die aber nicht nothwendig Amaurose bedingen; doch kommt auch Amblyopie und vollständige Amaurose vor, ohne dass dem entsprechende ausgedehntere ophthalmoskopische Veränderungen nachweisbar wären. Der epileptische Anfall kann Stunden bis Tage andauern und auch mit dem Tode enden; oft bleibt es bei einem einzigen Anfall, oder aber es bleibt eine nervöse Reizbarkeit zurück, die den Ausbruch neuer Anfälle begünstigt.

Weniger scharf gezeichnet ist die hemiplegische Form, die sich den konvulsivischen Zuckungen meist unmittelbar anschließt und in Lähmungen einzelner Nervengebiete ihren Ausdruck findet. Die Lähmung betrifft selten eine ganze Körperhälfte, meist nur eine Extremität oder die Augenmuskeln und geht gleich wie der epileptiforme Anfall auch wieder zurück.

In allen vom Verf. beobachteten Fällen war die unmittelbare Ursache der nervösen Erscheinungen scheinbar das Ausspülen der Pleurahöhle mit den gewöhnlichen antiseptischen Lösungen; was daran Schuld ist, nachdem die Pat. vorher genau dieselben Ausspülungen anstandslos ertragen hatten, weiß Verf. nicht zu sagen, doch scheint schon die Berührung der Pleuraoberfläche allein zu genügen, um den Anfall auszulösen; auffallend ist das Auftreten einer Hämorrhagie auf der Pleuraoberfläche bei dem Anfall, so wie eine gesteigerte Sensibilität derselben in den Fällen, in denen nervöse Störungen sich zeigen. Verf. glaubt, dass diese Zustände hervorgerufen wurden durch eine nervöse Reizbarkeit, die von der Pleura ausgehend auf die vasomotorischen Centren übertragen wird. Pathologisch-anatomisch findet man in einzelnen Fällen Hyperämie der Hirnrinde und kleine Hämorrhagien in derselben. Einzelne Symptome weisen zuweilen darauf hin, wenn im Verlaufe der Pleuritis nervöse Erscheinungen drohen, so Erweiterung der Pupillen im Momente der Ausspülung der Pleurahöhle, Ausbruch diffuser oder herdweiser Röthe, Auftreten von Blut in der abfließenden Flüssigkeit, gesteigerte Sensibilität der Pleura; treten diese Erscheinungen auf, dann muss man die Ausspülung unterbrechen, oder wenigstens mit größter Vorsicht bewerkstelligen. Die Behandlung des Anfalls selbst besteht in der Applikation der gewöhnlichen Mittel, welche das Herz wieder beleben und die Respiration anregen; zur Verhütung der Wiederkehr des Anfalls giebt man innerlich Brompräparate, vermeidet so viel als möglich die Ausspülungen der Pleurahöhle und setzt die Sensibilität der Pleura durch Morphium herab. **Goldschmidt** (Nürnberg).

---

5. **v. Ziemssen.** Über die physikalische Behandlung chronischer Magen- und Darmkrankheiten.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1888.

Die physikalische Behandlung der chronischen Magen- und Darmkrankheiten ist vorzüglich für die neuromuskulären Störungen des Verdauungstractus mit Vortheil anzuwenden. Das elektrische Agens wirkt am lebenden Menschen auf den ganzen Nerv-Muskelapparat der Magenwand und dadurch auf die Zusammenziehungsfähigkeit der Muskelhäute, auf die Füllung der Gefäße und die Absonderung des Magensaftes. Diese Wirkung suchte Z. bei seiner »perkutanen Magenelektrisation« zu verwerthen. Bei dieser wird eine Elektrode von 600 qcm auf die vordere Bauchwand in der Richtung vom Pylorus zum Fundus, die zweite von 500 qcm vom Fundus zur Wirbelsäule angelegt. Die Stromstärke muss sehr bedeutend sein, ohne jedoch Schmerzen zu verursachen. Nach Schluss der Magenelektrisation folgt trockene Bürstenelektrisation der Haut des Bauches, Magens und Rückens. Bei Zuständen nervöser Anorexie und Dyspepsie hat diese Methode zusammen mit zweckmäßiger Regelung der Diät sehr guten Erfolg, welcher durch morgendliche nasse Abreibungen, nachmittägliche Massage und genügenden Aufenthalt in frischer Luft noch verstärkt wird. Genaue Untersuchung des ausgeheberten Mageninhalts in Bezug auf Reaktion, Salzsäuregehalt etc. und zur Bestimmung der Größe des Magens Aufblähen mit CO_2 (7,0 Natr. bic. und 6,0 Acid. tartar. für Männer und 6,0 resp. 5,0 für Weiber) ist natürlich nöthig. Von sonstigen Affektionen, die sich für die physikalische Therapie eignen, sind mechanische Hindernisse für die Magenperistaltik zu nennen, deren eines in Vertikalstellung des Magens (bei Frauen durch starkes Schnüren) besteht, während ein anderes durch partielle Fixation des Magens an Nachbarorgane bedingt wird. Das gewohnheitsmäßige Erbrechen der Hysterischen wird ebenfalls durch den elektrischen Strom, der übrigens auch in seiner lokalen Anwendung erfrischend aufs Gesammtnervensystem wirkt, günstig beeinflusst. Eine weitere Indikation ergiebt die Magenerweiterung, aber nur diejenigen Formen, die durch Atonie der Muscularis oder durch beginnende Atrophie derselben bedingt sind. Große Dilatationen des Magens, die durch Pylorusstenosen erzeugt werden, sind hingegen operativ zu behandeln.

Die Wirkung des elektrischen Stromes auf den Darm wird in der Weise hervorgebracht, dass auf den Bauch eine diesen ganz bedeckende Elektrode und eine gleich große auf die Hinterseite des Unterleibes applicirt wird. Die Darmelektrisation wirkt günstig bei Darmgemeingefühlen, den lästigen durch Gase bewirkten Spannungsgefühlen, wie sie sich bei Hypochondern sehr häufig finden und sehr störend aufs Allgemeinbefinden wirken. Bei habitueller Verstopfung ist der elektrische Reiz nicht ausreichend, hier muss die Massage *eingreifen*, die mit der Elektricität auch zweckmäßig kombinirt wer-

den kann. Diese Kombination ist sehr wirksam bei Störungen der Darmperistaltik und mechanischen Hindernissen der Darmbewegung, welche durch partielle Peritonitiden erzeugt werden. Auch das hydriatische Verfahren, Abreibungen, Einpackungen, Halbbäder, schottische Dusche (fingerdicke Strahldusche von in kurzen Zwischenräumen, 10—20 Sekunden, wechselnder hoher und niederer Temperatur gegen das Abdomen), gehört mit zu den physikalischen Heilmethoden und hat, im Einzelfalle individualisirend angewendet, günstige Ergebnisse im Gefolge. **G. Meyer** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

6. **Th. Langhans** (Bern). Drei Fälle von Aktinomykose.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1888. No. 11 und 12.)

Die geringe Anzahl von Beobachtungen über Aktinomykose aus der Schweiz vermag der Verf. um 3 weitere Fälle zu vermehren.

1) Ein 48jähriger Mann litt seit seinem 15. Jahre an Magenbeschwerden, wegen deren er den Arzt im December 1884 zuerst konsultirte. Es bestand damals leichter Ikterus, Vergrößerung der Leber und am linken Lappen war eine wenig druckempfindliche, hühnereigroße, glatte, nicht fluktuirende Geschwulst nachweisbar. Diese nahm langsam zu, bis schließlich eine Incision gemacht und sehr viel übelriechender Eiter entleert wurde. Die Eiterung dauerte fort, bis am 21. Juni 1885 der Tod an Marasmus eintrat. Bei der Sektion fand sich in der stark vergrößerten Leber ein großer Herd, der fast den ganzen linken Lappen und die mediane Hälfte des rechten Lappens einnahm; der Herd war rundlich, großlappig, erfüllt von zähem grauweißen, dickschleimigem Eiter mit schwarzen Körnern. In der Gegend des Processus vermiformis fand sich ein walnussgroßer Abcess mit gelblichem dicken, fäkulenten schleimigem Inhalt, in welchen man vom Process. vermiformis aus gelangte. Der Processus selbst war noch 4 cm lang, am unteren Ende wie abgeschnitten in den Abscess mündend, seine Schleimhaut stark schiefrig gefärbt und mit zahlreichen narbigen Stellen versehen. Die im Eiter enthaltenen Körner waren Aktinomycesdrusen. (Verf. glaubt, dass hier die Aktinomykose von dem Processus vermiformis ausgegangen sei.)

2) Ein 23jähriger Mann erkrankte Mitte Juni 1886 mit kolikartigen Schmerzen und Diarrhoeen; am 23. Juni bildete sich eine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend unter der unveränderten Haut; die Geschwulst wurde nach 3 Wochen incidirt und ca. 1 Liter Eiter entleert. Die Eiterung dauerte fort, es wurde neuerdings an einer anderen Stelle incidirt und bei der genauen Untersuchung fand sich ein tiefliegender Abcess mit zahlreichen, unregelmäßigen Gängen, die von stark und leicht blutenden Granulationen ausgekleidet waren. Die Eiterung dauerte fort und am 6. Oktober fand man zuerst die Aktinomyceskügelchen, worauf dann die ganze Granulationsmasse entfernt wurde; trotzdem trat keine Heilung ein, es bildeten sich neue Abscesse in den Bauchdecken, später auch im rechten Oberschenkel, Pat. magerte stetig ab und starb am 20. Februar 1887.

3) Eine 28jährige Frau hatte eine kleine Geschwulst in der Gegend der Insertio mastoidea des Sternocleidomastoideus, die exstirpirt wurde und sich aus drei kleinen Muskelabscessen zusammengesetzt erwies, mit grünlichem Eiter, und in jedem Abscesse fand sich ein größeres dunkelgrünes Aktinomyceskorn.

Im Anschluss an diese Fälle theilt Verf. noch mit, dass er gleich **Weigert** im Eiter ein Auswachsen der Fäden in die umgebende Masse nach eintägigem Stehen habe beobachten können, dass ihm ferner im ersten Falle eine stark antiseptische Wirkung des Aktinomyces, eine Behinderung der Fäulnis durch denselben auffiel und dass er bei Untersuchung der Aktinomyceskörner nicht nur den gewöhnlichen Pilz, der die strahlige Anordnung bedingt, gefunden habe, sondern auch

noch andere Fäden oder Stäbchen, zuweilen auch Kokken, so dass er der Ansicht sich zuneigt, dass das Aktinomyceskorn nicht eine einzige Pilzspecies, sondern auch mehrere Pilzformen enthalten könne, deren Natur und Eigenschaften erst auf Grund weiterer Untersuchungen, besonders auf Grund von Kulturen festgestellt werden können. Die Möglichkeit, dass es sich hier um eine Symbiose handeln könne, ist nicht vollständig ausgeschlossen, doch kann der Beweis dafür selbstverständlich nur durch Züchtungen erbracht werden. **Goldschmidt** (Nürnberg).

7. **Schwarz.** Zwei Fälle von primärem Rachenerysipel nach Blattern.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 32. — Orvosi Hetilap 1888. No. 23.)

S. berichtet über 2 Fälle von Variola, in deren Gefolge sich Rachenerysipel einstellte. Der 1. Fall betraf einen 7jährigen Knaben mit schwerer Variola. Im Stadium der Abtrocknung trat ein starkes Rachenerysipel auf, zu welchem sich nach einigen Tagen auch ein Gesichtserysipel hinzugesellte. Im 2. Falle handelte es sich um ein 29jähriges Individuum, bei dem sich 3 Wochen nach dem Abtrocknungsstadium der Blattern ein Hals- und später ein Gesichtserysipel hinzugesellte. Beide Fälle verliefen günstig. **Peiper** (Greifswald).

8. **S. Seitz** (Zürich). Varicellen bei Erwachsenen.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1888. No. 9—11.)

Entgegen der ziemlich allgemein verbreiteten Ansicht, dass Varicellen bei Erwachsenen nicht vorkommen, dass in den Fällen, wo diese diagnosticirt wurden, leichte Variola für Varicellen gehalten worden sei, kann Verf. auf Grund einiger sicher konstatirten und beobachteten Fälle die Behauptung vertreten, dass Varicellen bei Erwachsenen in praktisch bedeutungsvoller Weise vorkommen. Seine Fälle betreffen einen 20jährigen Polytechniker, ein 21jähriges Fräulein, einen 22jährigen Soldaten, der in Folge der Verkennung der Krankheit mit Pocken im Pockenhospital inficirt wurde und einen 47jährigen Mann, der das Merkwürdige bietet, dass er im 27. Jahr schon einmal Varicellen und nicht Pocken gehabt haben soll. Besonders der erste Fall zeigte in exquisiter Weise das typische Bild der Varicellen, wie sie auch bei Kindern beobachtet werden, während alle Zeichen der Variola bei demselben fehlten; Pat. war als Kind erfolgreich geimpft, im ganzen Lande herrschte keine Variola und seit Monaten war kein Fall davon mehr vorgekommen; dagegen waren Varicellen reichlich vorhanden. Im Hause, das Pat. bewohnte, war auch ein einjähriges Kind, das noch nicht geimpft war, Varicellen auch noch nicht gehabt hatte und jetzt weder an Variola noch an Varicellen erkrankte. Unmittelbar, nachdem Pat. seine Varicellen überstanden hatte, wurden er so wie das Kind geimpft und bei beiden war die Impfung erfolgreich.

Angesichts der Thatsache, dass in der That Varicellen bei Erwachsenen vorkommen können, entsteht die bedeutungsvolle Frage, wie man in solchen Fällen, in denen die ohnedies schon schwere Diagnose, ob Varicellen oder Variola vorliegen, von vorn herein mit Bestimmtheit nicht zu entscheiden ist, in sanitätspolizeilicher Hinsicht zu verfahren habe? Verf. ist der Ansicht, den Erwachsenen mit der Diagnose »Varicellen«, bei dem diese Krankheit aber noch nicht zweifellos sicher als solche erkannt ist, genau eben so zu behandeln, als ob »Variola« vorläge, nur dürfe ein solcher nicht im Pockenspital isolirt werden, da sonst leicht der nur mit Varicellen Behaftete auch an Variola in unter Umständen verhängnisvoller Weise erkranken könne. Vorsicht ist so lange geboten, bis die Diagnose »Varicellen« über allen Zweifel sicher erklärt, oder der Fall abgelaufen ist. Verf. giebt dann noch eine Reihe von differentiell-diagnostischen Merkmalen zwischen beiden Krankheitsformen an und schildert auch das typische Bild der Kindervaricellen, das in derselben Weise auch beim Erwachsenen bestehen muss, soll mit vollständiger Bestimmtheit bei diesem die Diagnose auf Varicellen gestellt werden.

Goldschmidt (Nürnberg).

9. **Freyhan.** Zur Kenntnis der Typhus-Meningitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 31.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Meningitis im Anschluss an Typhus abdominalis, welche im städtischen Krankenhause Friedrichshain in Berlin beobachtet

wurden. Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Typhus-Meningitis und unkomplicirtem Abdominaltyphus möchte Verf. als besonders markant hervorheben, dass der einfache Status typhosus für gewöhnlich ein mehr oder minder hochgradiges Depressionsstadium darstelle, während die Meningitis eine ausgesprochene Excitationsperiode habe; niemals wurden erhöhte Reflexerregbarkeit und Hyperästhesien im legitimen Bilde des Typhus beobachtet. Schwerer sei die Unterscheidung von akuter Miliartuberkulose.

Betreffs der Ätiologie der Typhus-Meningitis seien zwei Möglichkeiten zu berücksichtigen; entweder die Annahme einer Mischinfektion oder die Entstehung der Meningitis auf metastatischem Wege. Verf. glaubt, dass in der Regel die Meningitis metastatisch auftrete und eine echte Komplikation des Typhus darstelle.

Peiper (Greifswald).

10. **C. Gerhardt.** Über Milzschwellung bei Lungenentzündung.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

Nach einem kurzen litterarischen Überblick bespricht der Verf. seine Beobachtungen über die Milzschwellung der Pneumoniekranken, deren Resultat folgendes ist: Von 25 Pat. wurde bei 7 die Milz überhaupt nicht vergrößert gefunden, bei 6 war die Milz bei Beginn der Behandlung vergrößert, blieb auf diesem Stande oder verkleinerte sich bald wieder, bei den übrigen Kranken fand nach Eintritt der Krise selbst bis in die 4. Woche hin eine Zunahme der Milzschwellung statt. Demnach ist weder der Fieberprocess noch die Einschwemmung der Pneumoniekokken, welche nach A. Fränkel als kurzlebig aufzufassen sind, die Ursache der Milzschwellung, dieselbe ist vielmehr eine spodogene.

Dem pneumonischen Milztumor misst der Verfasser zum Unterschied von dem des Wechselfiebers und des Typhoids keine prognostische Bedeutung bei.

Meyer (Berlin).

11. **Samuel West.** The form and frequency of cardiac complications in rheumatic fever.

(Practitioner 1888. August. p. 104.)

Die W.'sche Statistik über 1137 Fälle von Rheumatismus acutus, wovon 619 männliche und 518 weibliche Kranke betrafen, zeigt außer vielem Bekannten folgendes Neue.

Die Neigung zu wiederholten Erkrankungen ist bei beiden Geschlechtern gleich groß. Anders verhält es sich mit dem Vorkommen von Herzkomplikationen; diese fänden sich bei Männern seltener als bei Frauen — nur bei 64,16% der Männer gegenüber 77,56% der Frauen, und zwar erkrankten am Herzen beim ersten Anfall 54,6% der Männer, gegenüber 63% der Frauen, bei dem vierten Anfall 71,6% der Männer gegen 92,2% der Frauen.

Während also die Männer, welche in größerer Anzahl als die Frauen an Gelenkrheumatismus erkranken, im Allgemeinen viel weniger zu Herzkomplikationen neigen als die Frauen, zeigen sich merkwürdigerweise auffallende Unterschiede bei den verschiedenen Arten der Herzkomplikationen:

Erkrankung der Mitralis allein:	37,9 %	der Männer,	56,3 %	der Weiber
- - - mit Pericarditis	6,6 %	- -	8,6 %	- -
- - - und der Valv. Aortae	6,3 %	- -	2,86 %	- -
- - Valv. Aortae allein	2,86 %	- -	1,8 %	- -

Pericarditis allein 7,5% der Männer, 5,36% der Weiber.

Eine Erklärung für die verschiedene Häufigkeit der einzelnen Herzaffektionen bei beiden Geschlechtern kann W. nicht geben. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

12. **F. Gumprecht.** Zur Kenntnis des Nachfiebers beim Scharlach. (Aus dem städtischen allgemeinen Krankenhause Friedrichshain, Abtheilung des Herrn Prof. Fürbringer.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 27.)

Unter 228 Scharlachfällen, die von April 1886 bis September 1887 im Krankenhaus Friedrichshain zur Aufnahme gelangten, fanden sich 13 Fälle, also 5,7% aller

Scharlachkranken, deren Verlauf durch ein unverhältnismäßig langes, durch keine nachweisbare Lokalkomplikation erklärbares Fieber nach dem Erblassen des Exanthems ausgezeichnet war. Dieses zuerst von Thomas erwähnte Nachfieber schloss sich in den Fällen von G., deren Krankengeschichten, zum Theil durch Temperaturkurven illustrirt, wiedergegeben werden, dem Scharlachfieber direkt an und ließ 4 Typen erkennen:

1) Die Temperatur war bereits zur Norm zurückgekehrt, steigt dann langsam wieder an und fällt eben so wieder zur Norm zurück (Typus des rekurrirenden Fiebers).

2) Die Temperatur bleibt nach Rückgang der Scharlachsymptome noch mehrere Tage auf der Höhe und fällt dann staffelförmig ab (Typus der verzögerten Defervescenz).

3) Das Nachfieber schließt sich dem primären Fieber an und bleibt längere Zeit auf der Höhe (stationäres Nachfieber).

4) Die Temperatur erreicht die höchsten Grade, steigt und fällt rapide oder ganz träge und besteht kürzere oder längere Zeit (atypisches Nachfieber).

Während dieses Nachfiebers kann das Allgemeinbefinden ein sehr gutes sein, doch fehlt es auch nicht an Fällen schwersten Daniederliegens und vollkommener Benommenheit. Die Prognose ist im Allgemeinen dubiös, doch vorwiegend ad bonam partem; tritt der Tod ein, so erfolgt er durch Erschöpfung oder sekundäres Auftreten von Komplikationen, für welche das Nachfieber eine gewisse Disposition zu schaffen scheint. Wahrscheinlich handelt es sich bei demselben um eine generalisirte Sekundärinfektion, welche nicht oder noch nicht bestimmte Organe durch Lokalerkrankungen betheiligt hat; vielleicht steht das Nachfieber in Beziehung zu den Streptokokkenbefunden beim Scharlach und es ist wohl möglich, dass Streptokokken auch durch die nicht diphtheritisch entzündeten Tonsillen durchwandern können und im Organismus nur pyrogene Wirkung entfalten.

Goldschmidt (Nürnberg).

13. P. Hampeln (Riga). Über intermittirendes Fieber im Verlauf des Magencarcinoms.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1888. No. 14.)

Das wohl von Wunderlich (1856), kaum aber mehr von neueren Autoren erwähnte, von Lenk geleugnete Vorkommen von intermittirendem, die oder eine Hauptklage ausmachendem Fieber bei unkomplicirten, occulten, visceralen Carcinomen ist so sehr geeignet, den Arzt irrezuführen, dass H., obgleich er selbst schon früher (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. VIII) über 2 ähnliche Fälle berichtet hatte, die Diagnose verfehlte, als ihm 4 Jahre später ein solcher Fall vorkam.

Die 40 Jahre alte Kranke stammte von einer phthisischen Mutter, hatte oft an Husten, 1877 an leichter Hämoptoe, seit 1882 an Magenschmerzen gelitten. Nach vorübergehender erheblicher Besserung bemerkte die Kranke Februar 1887 einen Tumor oberhalb des Nabels und beklagte sich bei der Aufnahme (August 1887) hauptsächlich über heftiges, seit 7 Monaten fast jede zweite Nacht um 2 Uhr mit Schüttelfrost einsetzendes, in Hitze und Schweiß übergehendes Fieber. Links und oben vom Nabel fand sich ein kleinfaustgroßer peritonealer Tumor mit 2 kleineren Knoten am oberen Rande. Da das Fieber auch in den 4 Beobachtungsmonaten anhielt, im täglichen Paroxysmus 40 und darüber, ja einmal 42,1 erreichend und nach 4—6 Stunden auf 36—37° fallend, die Schmerzen im Tumor andauerten und stärker wurden, die erwarteten phthisischen Zeichen aber nicht eintraten, so wurde ein vereiternder Mesenterialtumor angenommen. (Auf Peptonurie wurde nicht untersucht. Ref.)

Die Sektion zeigte lediglich ein großentheils zerfallendes Gallertcarcinom des Pylorus.

K. Bettelheim (Wien).

14. J. Glass (Budapest). Ein Fall von Wurstintoxikation (Botulismus).

Orvosi Hetilap Szemle 1888. No. 20. — Excerpt in Pester med.-chir. Presse 1888. No. 27.)

Der Fall betrifft ein junges Mädchen, das angeblich vergiftet, die heftigsten Schmerzen äußerte und stets nach Wasser rief; der Zustand soll sich auf den Ge-

nuss von Wein plötzlich eingestellt haben; Pat. klagte über hochgradigen Kopfschmerz und Schwindel, Brechreiz und unstillbaren Durst, es bestanden klonische Krämpfe, erschwerte Athmung, Lufthunger, blasse kühle Haut, entstellter Gesichtsausdruck, erweiterte reaktionslose Pupillen, heftige Magen- und Unterleibsschmerzen, die sich auf Druck steigerten; beim Versuche zu trinken stellten sich reflektorische Krämpfe in der Muskulatur des Schlundes und der Athmungsorgane ein, ganz wie bei Lyssa. Verf. hielt den Fall zunächst für Arsenvergiftung und ordinirte ein Emeticum; inzwischen erbrach Pat. reichlich und in dem Erbrochenen fanden sich auch Speisereste, die von einer übelriechenden und schlecht schmeckenden Schweinewurst stammten, welche Pat. am selben Tage gegessen haben soll. Darauf hin wurde die Diagnose auf Botulismus gestellt. Abweichend von dem gewöhnlichen Bilde der Wurstvergiftung ist hier die Hydrophobie resp. der reflektorische Larynxkrampf, ein Symptom, das in der einschlägigen Litteratur sich sonst nicht erwähnt findet. Der weitere Verlauf bot nichts Besonderes, nach 4 Wochen trat vollständige Restitutio ad integrum ein.

Im Anschluss hieran theilt Verf. folgenden interessanten Fall mit:

Eine junge Frau aß zu Mittag, wurde dann plötzlich unwohl und verschied nach kurzer Krankheit. Bei der Obduktion fand sich im Magen ein Knochensplitter mit Markresten, der sich in die Schleimhaut des Magens einbohrte. Eine Perforation war nicht zugegen. Die mikroskopische Untersuchung dieser Gewebe ergab zahllose Anthraxbacillen. Es handelte sich demnach nach Ansicht des Verf. um eine Autoinfektion, d. h. die Anthraxbacillen wurden so zu sagen in die Magenschleimhaut eingeimpft, gelangten ins Blut und führten die Allgemeininfektion herbei. **Goldschmidt** (Nürnberg).

15. **Hildebrandt** (Hettstädt). Perforation des Processus vermiformis durch einen Kothstein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 28.)

Eine 28jährige Frau, die 4mal geboren hatte, im Übrigen stets gesund gewesen war, erkrankte im December 1887 mit den deutlichen Symptomen einer Perityphlitis. Da die Therapie machtlos blieb, wurde die entstandene, sehr schmerzhafte und fluktuirende Geschwulst in der Ileocoecalgegend incidirt, der Eiter entleert und die Wunde antiseptisch behandelt, drainirt und fortgesetzt ausgespült; trotzdem blieben stark secernirende Fisteln zurück, die große Ähnlichkeit mit tuberkulösen Fisteln zeigten. Es wurde desshalb nochmals in der Narkose die Höhle untersucht und es fand sich zunächst das Coecum von der Fossa iliaca durch schlaffe Granulationen abgehoben, verdickt und an seiner hinteren Seite der Processus vermiformis an demselben fest anliegend. Am Ende des Processus war ein harter Gegenstand fühlbar, der sich leicht durch die Höhle entfernen ließ und sich als ein Kothstein entpuppte mit deutlich schaligem Bau, vier Haaren im Inneren, einer Länge von 2,5 cm und einer Dicke von 0,5 cm.

Die Lage des Processus hinter dem Coecum verhinderte etwa in jenen eingetretenen Koth wieder herauszugelangen, der flüssige Inhalt wurde resorbirt, es bildete sich um die Haare herum ein Kothpfropf und durch Ablagerung von Kalk ein Kothstein; dieser perforirte das Ende des Processus, bewirkte eine adhäsive Entzündung des Peritoneum, Abscessbildung und verhinderte den Schluss der Abscesshöhle; erst nach seiner Entfernung trat vollständige Heilung ein.

Goldschmidt (Nürnberg).

16. **C. Gerhardt.** Ein Fall von Erkrankung durch Blitzschlag.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

Wenige Stunden nach dem Unfall kommt Pat. bei Bewusstsein, aber völlig ohne Erinnerung an den Vorgang, in Behandlung. Der Weg des Blitzstrahles, genau gezeichnet durch die Verbrennung der Haare und die charakteristischen baumförmigen Figuren, vor Allem an der oberen Hälfte des Rumpfes, ist derjenige, welchen Stricker bereits früher nach einer Zusammenstellung einer größeren Anzahl von Fällen angegeben hat.

Von besonderem Interesse war in diesem Falle die Gelbsucht und zwar eine echte hämatogene, wahrscheinlich bedingt durch Veränderung des Blutfarbstoffes durch den elektrischen Strom, und die Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für den faradischen und galvanischen Strom.

Meyer (Berlin).

17. **Ferrier.** Case of cerebral Abscess in connection with Otitis media, successfully diagnosed and evacuated.

(Brit. med. journ. 1888. No. 1419.)

Ein 47jähriger Mann, welcher an linksseitiger Ohreiterung litt, erkrankte mit linksseitigem Kopfschmerz, Somnolenz von wechselnder Stärke und Pulsverlangsamung bei normaler Temperatur. 14 Tage nach Beginn der Erkrankung nahm die Somnolenz zu, einige Male traten Delirien auf und eine Parese der unteren Äste des rechten Facialis stellte sich ein. In der 3. Woche kam es zu ataktischer Aphasie und Worttaubheit. Die rechte Hand (der Kranke war rechtshändig) erwies sich nun schwächer wie die linke. Die Untersuchung des Augenhintergrundes zeigte beiderseits Neuritis optica. Zwei Zoll oberhalb des linken Gehörganges und etwas nach vorn fand sich eine bei Druck und Perkussion schmerzhafte Stelle. F. diagnosticirte einen in dem vorderen Drittel des linken Schläfenlappens gelegenen Abscess. Horsley bestätigte die Diagnose, trepanirte an der bei Perkussion schmerzhaften Stelle und entleerte mittels eines Trokars eine erhebliche Menge geruchlosen Eiters. Die Operationswunde heilte ohne Störung und alle Symptome einschließlich der Neuritis optica schwanden innerhalb dreier Wochen.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

18. **E. Leyden.** Kasuistische Mittheilungen zur Lehre von der Lokalisation in der Großhirnrinde.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

Fall 1: Bei einem 63jährigen bisher gesunden Kutscher tritt nach sehr großer Anstrengung, heftiger Erkältung und Aufregung eine vorübergehende sich bald wiederholende rechtsseitige typische Lähmung in Verbindung mit Aphasie und den Charakter der Jackson'schen Rindenepilepsie tragenden Anfällen auf. Als Sitz der diagnosticirten Hirnapoplexie nahm L. mit Rücksicht auf die rechtsseitige Lähmung und die Aphasie die linke Hemisphäre und in Anbetracht der typisch verlaufenden Krämpfe einen der Rinde benachbarten Punkt in der Nähe der Insula Reilii an. Die Autopsie bestätigte die Diagnose.

Fall 2: Bei einem bisher gesunden Pat. tritt nach einer Verletzung Blutung aus dem Ohr, vorübergehende Bewusstlosigkeit und Aphasie auf, später stellen sich Zuckungen im Mundfacialis und Sternocleidomastoideus ein. Ein Theil der Erscheinungen ist auf die Perforation des Trommelfelles zurückzuführen, die centralen Symptome dagegen müssen als Folgen einer durch Fissur des Felsenbeines hervorgerufenen Blutung in der Nähe der Hirnbasis, wahrscheinlich im Insellappen der linken Seite angesehen werden.

Fall 3: Dieselbe Diagnose wurde bei einem kräftig gebauten, ganz bewusstlosen beiderseitig vollständig gelähmten Manne, dessen Hinterkopf eine dreimarkstückgroße, flache, blutunterlaufene Beule zeigte, gestellt. Außer der Reaktionslosigkeit der Pupillen konstatirte man nur die starke Verengerung der linken Pupille.

Die Sektion ergab eine sehr starke intermeningeale Blutung rechts und Schädelbasisbruch links.

Fall 4: Bei einem syphilitisch inficirten Individuum traten einige Jahre nach dem Bestehen schwerer Symptome konstitutioneller Syphilis zunächst intensive Kopfschmerzen, häufiger Schwindel, später vorübergehende Schwäche und Zuckungen in der rechten Hand ein. Eine Jodkalikur hob die Beschwerden nur für kurze Zeit. Mit Rücksicht auf die Anamnese, die deutlichen Herderscheinungen und die große Empfindlichkeit des linken Schläfebeins über dem Ohre bis zum Processus mastoideus wurde eine syphilitische Erkrankung und zwar ein Rindengumma

am linken Schläfelappen angenommen. Eine eingeleitete Inunktionskur stellte den Pat. vollkommen wieder her und sicherte damit die Diagnose.

Meyer (Berlin).

19. Manz. Über Neuritis optica bei Gehirnkrankheiten.

(Vortrag gehalten auf der XIII. Neurologenversammlung zu Freiburg i/B.)

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 32.)

In seinem Vortrage bespricht M. die verschiedenen Anschauungen über das Zustandekommen der Neuritis optica bei Gehirnkrankheiten mit speciellem Hinweis auf die von Leber und Deutschmann ausgesprochenen Anschauungen. Ausführlicher wendet er sich gegen die Aufstellung des letztgenannten Autors, wonach die Bedeutung der Neuritis optica bedeutend einzuschränken sei, beziehungsweise den Charakter des Zufälligen erhalte. Auf einen Punkt macht M. im Verlaufe seiner Besprechung noch besonders aufmerksam, der durch die Stauung besser erklärt scheint, als durch die einfache Neuritis, das sind die Schwankungen in der Sehstörung, welche nicht selten in mannigfachem und raschem Wechsel auftreten, für welche auch der Augenspiegelbefund durch eine veränderte Gefäßfüllung an der Papille hin und wieder die Erklärung nahe legt. **Seifert** (Würzburg).

20. W. Uhthoff. Über einen Fall von abnormer einseitiger Lidhebung bei Bewegungen des Unterkiefers.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 36.)

Ein 19jähriges Fräulein leidet angeblich seit ihrem 6. Jahre an linksseitiger Ptosis. Bei schnellem und ausgiebigem Öffnen des Mundes, beim Kauen und bei Verschieben des Unterkiefers nach rechts (nicht aber nach links) tritt eine ruckweise Hebung des herabhängenden linken Augenlides ein, eine Bewegung, die weit ausgiebiger ist, als wenn sie durch Zuhilfenahme des linken M. frontalis ausgeführt wird. Außerdem bestehen Insufficienz des Rectus intern. und leichter Kontrakturzustand im linken Facialis. Pat. hat volle Sehschärfe. Die Pupillen sind gleich weit und reagiren prompt. Elektrische Reizung des Sympathicus übt keine Wirkung auf das herabhängende Lid aus. Das linke Ohr ist stärker geröthet und wärmer als das rechte; seit Kindheit hat Pat. vielfach an linksseitigem Kopfschmerz gelitten. Im Anschluss an analoge Fälle von Helfreich, Gunn, Fuchs, Fränkel glaubt Verf., dass eine abnorme kongenitale Verbindung des Oculomotorius mit dem Kerne des 3. Astes des Quintus der betreffenden Seite auf dem Wege des hinteren Längsbündels bestehe. **J. Ruhemann** (Berlin).

21. Auguste Reverdin. A propos de l'opération du phimosis.

(Revue méd. de la Suisse romande 1888. März 20. No. 3.)

Verf. theilt mehrere Fälle mit, in welchen die Operation einer bestehenden Phimosis auffallende Heilresultate erzielte.

1) 9jähriger Knabe leidet seit einem halben Jahre an einer rechtsseitigen Coxalgie mit Muskelkontraktionen und habituellem Hinken; ein Zustand, der vollständig eine beginnende Coxitis vortäuschen konnte und in der That von Verf. erst — und zwar ohne jeden Erfolg — mit permanenter Extension behandelt wurde. Phimosenoperation brachte mit einem Schlage völlige Heilung.

2) 18jähriger Pat. Melancholie, Unlust zu jeder Thätigkeit, Selbstmordversuche. Völlige Heilung nach der Operation.

3) und 4) 2 Fälle von J. L. Reverdin. 2- resp. 3jähriges Kind. Epileptiforme Konvulsionen täglich, selbst mehrfach täglich. Masturbation. Völlige Heilung nach der Circumcision, kontrollirt durch 7- resp. 1½jährige Beobachtung.

Verf. weist auf die ähnlichen Beobachtungen Anderer hin und plaidirt mit Recht dafür, in allen unklaren Fällen zunächst eine etwa bestehende Phimosis zu operiren, da man damit (vorausgesetzt, dass nicht Hämophilie vorliegt) unter allen Umständen nur Nutzen schaffen könnte. **A. Freudenberg** (Berlin).

22. Leop. Ewer (Berlin). Zur Therapie der Schlaflosigkeit.

(Therapeut. Monatshefte 1888. No. 3. p. 107.)

E. empfiehlt zur Herbeiführung von gesundem Schlaf bei habitueller Schlaflosigkeit tägliche heilgymnastische Sitzungen mit mäßigen (nicht anstrengenden)

Widerstandsbewegungen in sämmtlichen Körpergelenken. Die Tageszeit für die Sitzungen ist gleichgültig; Erfolg zeigt sich meist nach wenigen Tagen, doch wird der Schlaf erst allmählich ganz normal. **A. Freudenberg** (Berlin).

23. **De Tullio** (Neapel). Ancora della sonda gastrica con aqua cloroformizzata nella cura della gastralgia.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1887. Fasc. 12.)

De T. berichtet über 7 Fälle von schwerem Magenleiden mit Gastralgie, theilweise mit Herzpalpitationen oder schweren nervösen und selbst psychischen Symptomen (Konvulsionen, Melancholie, Hypochondrie, Selbstmordversuche), in denen er durch Magenausspülungen mit Chloroformwasser (0,5—1,0 Chloroform auf 1 Liter Wasser) nach vorausgeschickter Auswaschung des Magens mit alkalischem Wasser schnell Heilung eintreten sah. Einmal waren nur 6 Ausspülungen nöthig. Chemische Untersuchung der Fälle fehlt.

De T. ist, im Gegensatz zu Bianchi, der zuerst die Chloroformwasserausspülungen empfohlen, der Meinung, dass das Chloroformwasser nur auf die Gastralgie, und zwar durch Beeinflussung der Nervenendigungen, wirkt, auf diese allerdings specifisch. In dem einen der Fälle brachten 20 Ausspülungen mit ausschließlicher Anwendung von alkalischem Wasser Besserung der Verdauung, aber erst 5 Applikationen von Chloroformwasser beseitigten die Schmerzen.

A. Freudenberg (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

24. **O. Vierordt.** Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1888. 542 S. 156 Holzschnitte.

Unbekümmert um die innere Gestaltung der Bedürfnisfrage, rein aus Schaffenstrieb, Lehrwerke zu zeitigen, den neueren neueste zuzufügen, ist immer mehr zur — wir wollen nicht sagen pathologischen — Signatur unserer Zeit geworden, und wohl Dem, der, nachdem er sich einmal, auf fremde oder eigene Anregung, in den Kampf mit den zahlreichen Konkurrenten begeben, der Welt zu zeigen vermochte, dass besondere Vorzüge mit der Anerkennung seines litterarischen Produkts dessen Lebensfähigkeit begründen. Für keine Disciplin auf dem weiten Felde der medicinischen Wissenschaft dürfte die Wahrheit dieser Anschauung mehr zutreffen, als für die der Diagnostik der inneren Krankheiten bezw. den klinischen Untersuchungsmethoden schlechtweg gewidmeten Lehrmittel. Was hier die letzten Jahre allein an »Bewährtem« gereift vom kleinen Taschenkompendium, das nur das Schwerste des Wissenssedimentes bergen soll, bis zum aparten lehrbuchmäßigen Ausdruck einer vieljährigen, reichen und selbständigen Erfahrung, ist mehr, als dass überhaupt mit dem Begriffe eines Postulates gerechnet werden darf.

Es war also sehr richtig, dass der Autor des vorliegenden »Lehrbuchs für Ärzte und Studirende« in seinem Vorworte nicht auf die beliebten Lücken und die Nothwendigkeit ihrer Ausfüllung hingewiesen, sondern ehrlich auf die Anregung von außen und innen (»vierjährige Thätigkeit als Lehrer der Diagnostik an der Leipziger medicinischen Klinik«) rekurrirt hat. Das schließt selbstverständlich nicht besondere Grundsätze aus, als welche wir erfahren die Betonung der Wichtigkeit des einfachen Gebrauchs unserer Sinne, namentlich des unbewaffneten Auges gegenüber den immer mehr anwachsenden feineren Methoden, die Nothwendigkeit der steten Beurtheilung des ganzen Organismus, der Individualisirung.

Was Verf. versprochen, hat er im Kern gehalten, und wenn auch — zum Glück möchten wir sagen — das Buch genug Schema besitzt, um die angekündigte Arbeit »gegen die schematisirenden Neigungen unserer Zeit« nicht allzu krass erscheinen zu lassen, so wird der unbefangene Leser doch recht bald inne, dass seine Blätter ernste wissenschaftliche Auffassung und volles Verständnis des Inhaltes der — vielfach nicht leichten — Aufgabe durchweht. Ausführliche theoretische Auseinandersetzungen hat V. uns vorenthalten. Der seichte, nur den prak-

tischen Bedürfnissen des oberflächlichen Arztes und kursirenden Mediciners dienende Kompendienton ist eben so vermieden, wie die hochtrabende Wiedergabe eigener Erfahrung, die Diktion knapp und klar, freilich auch völlig schmucklos und jener anregenden Wärme, mit welcher gerade unsere besten Lehrbücher der Ermüdung des Lesers wehren, entbehrend.

Der Autor leitet mit einigen sachgemäßen Betrachtungen über die Anamnese ein und handelt die Krankenuntersuchung selbst in einem allgemeinen und speciellen Theil ab. Jener beschäftigt sich auf 38 Seiten mit dem psychischen Verhalten, der Lage, dem Körperbau, der Ernährung, der Haut- und Körperwärme, dieser erörtert auf 459 Seiten die Untersuchung des Respirations-, Cirkulations-, Verdauungs-, Harnapparates (diejenige der Geschlechtsorgane fehlt) und des Nervensystems. Dass dem Leser nicht viel Neues als eigene Zuthat entgegentritt, wird kein Sachkenner dem Verf. zum Vorwurf machen. Nicht weniger als 156 zum Theil treffliche Holzschnitte (Abbildungen und Kurven) kommen der Anschauung zu Hilfe; in der weitaus vorherrschenden Mehrzahl begrüßen wir freilich alte Bekannte aus den Lehrbüchern von Erb, Heller, v. Jaksch, Laache, Strümpell, Weil, v. Ziemssen u. A.; kaum 40 sind Original, von letzteren besonders erwähnenswerth die schematische Darstellung des Nutzens der starken und schwachen Perkussion zur Ermittelung von Lungenverdichtungen.

Selbstverständlich fehlt es nicht an Verbesserungsbedürftigem. Im Allgemeinen gilt das u. A. von einer hier und da zum Schaden der Sache sich ausprägenden konservativen Richtung, an deren Stelle ein freieres, kritisches Urtheil am Platze gewesen wäre, und der häufigen Wiederkehr der Superlative in der Wichtigkeitserklärung dieser oder jener Krankheit oder eines Symptomes derselben und verschiedener Vorrichtungen. Das werden die Jahre aus den späteren Auflagen ausmerzen!

Specielle Irrthümer anlangend greifen wir heraus, dass das Material der Charcot'schen Krystalle nichts mit einer mucinartigen Substanz zu thun hat, sondern längst von Schreiner als das Phosphat einer besonderen organischen Basis nachgewiesen worden, dass die Tuberkelbacillen (Fig. 36) bei Weitem nicht die gigantische Länge des Durchmessers der Leukocyten besitzen, dass bei der Erörterung des Nonnengeräusches unbedingt der — geradezu maßgebenden — neuesten Arbeit von Apetz gedacht werden musste, deren Kenntnis sicher eine andere, richtigere Darstellung veranlasst hätte. Dass Nierentumoren sich bei der tiefen Respiration »nicht deutlich verschieben«, ist für eine ansehnliche Quote von Fällen längst widerlegt, und eben so haben die Forschungen der letzten Jahre gezeigt, dass von »seltenen Ausnahmen«, in denen das Colon nicht vor diesen Geschülsten liegt, keine Rede sein kann. Hat doch Guillet dasselbe rechterseits in der Minderzahl der Fälle über dem Nierentumor verlaufen sehen! Das Guyon'sche Ballotement der Niere ist gar nicht erwähnt. Besonders stiefmütterlich ist das Kapitel der Harncylinder behandelt, der hohen Bedeutung der derben Wachscylinder (die als eine besondere Art der hyalinen angesprochen werden) im Gegensatze zu den zarten glasigen gar nicht gedacht, weiterhin als beste portative Eiweißprobe das Geißler'sche Reagenspapier empfohlen, obwohl seit mehreren Jahren wesentliche Verbesserungen (Kapseln) sich eingeführt. Endlich giebt von den Neisser-schen Gonokokken weder die mangelhafte Abbildung noch der Text eine genügend richtige Vorstellung; das Kriterium liegt einzig und allein in der Lagerung der Diplokokkengruppen im Leibe der Rundzelle.

Aber diese und ähnliche Mängel, welche kaum den inneren Kern des Werkes treffen, werden den Kollegen und Jünger der Wissenschaft nicht abhalten, sich mit der V.'schen »Diagnostik« nachhaltig zu befreunden. Sei sie hiermit als treuer Führer durch die Ebenen und Unebenen der klinischen Untersuchungsmethoden empfohlen! **Fürbringer** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 12. Januar. 1889.

Inhalt:

1. R. Heidenhain. Beiträge zur Histologie und Physiologie der Dünndarmschleimhaut. Mit 4 Taf. in Farbendruck.

(Pflüger's Archiv für die ges. Physiologie Bd. XLIII. Supplementheft.)

(Schluss.)

Hatte der erste Abschnitt die histologischen Verhältnisse des Resorptionsorgans untersucht, so beschäftigt sich der zweite mit der Untersuchung der Resorptionsvorgänge.

I. Aufnahme des Wassers. Um den Weg des resorbirten Wassers durch das Epithel kennen zu lernen, fütterte H. Frösche mit Methylenblau. Der Farbstoff fand sich alsdann bei der mikroskopischen Prüfung theils in den Epithelzellen (auch in den Becherzellen), — wobei bemerkenswerth war, dass nahe benachbarte Zellen sich oft sehr ungleich gefärbt zeigten, — theils in den Kittmassen

zwischen den Zellen. Daraus ist zu entnehmen, dass das Wasser nicht nur intra-, sondern auch inter-epithelial eindringt.

Um den weiteren Weg des Wassers kennen zu lernen, wurde beim Hunde nach Anlegung einer Fistel des Duct. thoracicus das Ileum mit 0,3procentiger Kochsalzlösung, die in dem Maße, als sie durch Resorption schwand, ersetzt wurde, angefüllt. Untersuchte man nach einigen Stunden, wie viel von der eingefüllten Flüssigkeit fehlte, zog man davon die durch Vermehrung des Chylusstromes abgeflossene Menge ab, so erhielt man die Menge des durch das Blut fortgeführten Wassers. Es zeigte sich, dass durch letzteres 7,9—11,6mal mehr Wasser aufgenommen wurde, wie durch die Chylusgefäße — ein Verhalten, das in Anbetracht der subepithelialen Lage der Blutkapillaren, so wie der Geschwindigkeits- und Koncentrationsverhältnisse des Blutes sehr verständlich erscheint.

Wurden geringere Flüssigkeitsmengen in den Darm gefüllt, so war eine Steigerung des Chylusausflusses überhaupt nicht merklich, so dass für gewöhnliche Verhältnisse wohl das Blut als der ausschließliche Abführweg für das Wasser angesehen werden muss. Die Chylusflüssigkeit stammt vermuthlich aus der in den Zotten gebildeten Lymphe.

Zur Berechnung der Resorptionsgeschwindigkeit dienten folgende Daten: Aus Beobachtungen von Röhmann folgt, dass in günstigen Fällen 1 qcm Dünndarm vom Hunde (die innere Oberfläche glatt gedacht) 16 cmm Wasser resorbirt. H. zählt mikrometrisch die Zotten und findet pro qcm 2500 für den mittleren Theil des Hundedarms. Auf eine Zotte kommt somit pro Minute 0,0064 cmm resorbirte Flüssigkeit. Nach den Messungen von Spee schätzt H. die resorbirende Oberfläche einer Zotte zu 0,96 qmm. Daraus folgt für den Quadratcentimeter Darmfläche (mit 2500 Zotten) eine resorbirende Oberfläche von nicht weniger als 23 qcm. Da eine solche Fläche 16 cmm Wasser aufsaugt, so kommt auf 1 qcm resorbirende Fläche 0,7 cmm pro Minute. Denkt man sich dies Flüssigkeitsquantum über 1 qcm Fläche ausgebreitet, so hat man eine Schicht von 7 μ Höhe. In das Epithel tritt also die Flüssigkeit mit einer Geschwindigkeit von 7 μ pro Minute oder 0,11 μ pro Sekunde ein. Da die mittlere Höhe der Epithelzellen 34 μ beträgt, so würden zum Durchtritt von Wasser durch die ganze Epithelschicht etwa 5 Minuten erforderlich sein.

Ist diese Geschwindigkeit auch sehr gering, so ist sie doch immerhin größer, wie die Diffusionsgeschwindigkeit durch eine thierische Membran, wenn gesättigte Kochsalzlösung gegen Wasser diffundirt. Die Annahme, dass die Darmresorption eine Diffusion sei, wird desshalb, unter Berücksichtigung der bekannten Koncentrationsverhältnisse von Blut und Lymphe, ganz unhaltbar, denn gegen Blut diffundirt Wasser noch weit langsamer. Man ist also — abgesehen von anderen Gründen — auch durch diese Beobachtungen zu der Annahme gedrängt, dass die Resorption an den lebenden

Zustand der Epithelzellen gebunden ist; vermuthlich handelt es sich um protoplasmatische Kontraktionen[1]. Macht man die Annahme, die ganze Menge der Chylusflüssigkeit des Duct. thoracicus stamme von den Darmzotten her, und setzt man den Fall, es werde im Brustgange pro Minute 1 ccm Chylus geliefert, so lässt sich die Sekundengeschwindigkeit der die Wand des Chylusraumes der Zotte durchsetzenden Flüssigkeit zu 0,1 μ berechnen. Bei dem großen Widerstand, den die Endothelschicht des centralen Chyluskanals dem Durchtritt von Wasser vermuthlich darbietet, sind, selbst um diese geringe Geschwindigkeit zu erzielen, besondere Veranstaltungen nöthig. Diese bestehen in der Wirksamkeit der Zottenmuskeln. H. stimmt in Bezug auf den Effekt und die Art der Zusammenziehung dieser Gebilde im Wesentlichen mit Spee überein, der bekanntlich nachgewiesen hat, dass durch die Kontraktion der Zottenmuskeln der Chylusraum eine Erweiterung erfährt. Indem das Letztere geschieht und indem gleichzeitig das Zottenparenchym unter stärkeren Druck gesetzt wird, wird eine den Übertritt der in den Maschenräumen enthaltenen Flüssigkeit in den Chyluskanal begünstigende Druckdifferenz geschaffen.

II. Aufnahme im Wasser gelöster Nahrungsbestandtheile. Ähnlich dem Wasser, das, der anatomischen Anordnung der Blutkapillaren zur Folge, wesentlich vom Blute, nicht vom Chylus aufgenommen wird, müssen sich auch die im Wasser gelösten Körper verhalten. So der Zucker (v. Mering) und viele Salze. Die von Hofmeister bezüglich der Peptone geäußerten geistreichen Ansichten, — denen zufolge dieselben von den Leukocyten der Darmwand aufgenommen, in Eiweiß verwandelt und nach vielfachen Theilungen der betreffenden Zellen dem Säftestrom und mit ihm den Organen zugeführt werden sollen, — hält H. aus mancherlei Gründen nicht für wahrscheinlich. Er glaubt vielmehr, dass die Rückverwandlung des Peptons in Eiweiß schon in der Epithellage statt hat, und dass dieses direkt ins Blut aufgenommen wird, ohne den Chylusstrom zu passiren.

Indess lässt sich eine Betheiligung der Leukocyten beim Resorptionsprocess nicht ableugnen. Im Zottenparenchym und im subglandulären Adenoidgewebe findet man bei mikroskopischer Untersuchung von Schnitten, die mit der von Biondi modificirten Ehrlich'schen Mischung gefärbt sind, Zellen mit groben roth tingirten Granulationen. Sie sind sehr spärlich im Hungerdarm, treten aber nach Fütterung in großer Menge auf. Die Qualität der Nahrung ist nur in so fern von Einfluss, als überreichliche Fleischdiät ihre Menge nur wenig über die Hungergrenze erhebt. Da auch Einführung von stärkeren Bittersalzlösungen die Menge der »rothkörnigen«

[1] Der bei dieser Gelegenheit von H. gegen die vitalistischen Anwandlungen einiger neuerer Forscher erhobene Protest giebt einer sicherlich in weiteren Kreisen der Physiologen verbreiteten Auffassung einen scharfen und beredten Ausdruck. Ref.

Zellen vermehrt, so muss man annehmen, dass ihr Erscheinen an einen gewissen Thätigkeitszustand der Darmschleimhaut geknüpft ist, der durch reichliche Ernährung sowohl, wie durch chemische Reizung hervorgerufen werden kann. H. neigt zu der Annahme, dass diese Zellen lokal durch Körnchenbildung schon vorhandener Zellen entstehen, dass sie also nicht als aus dem Blut oder der Lymphe stammende Eindringlinge anzusehen sind.

III. Aufnahme des Fettes. Hier behandelt H. zunächst die in neuerer Zeit mehrfach ventilirte Frage nach der Betheiligung der Leukocyten an der Fettresorption. Er leugnet nicht, dass bei letzterer Fett in den Lymphkörperchen auftreten kann; aber er findet die Zahl solcher Zellen nur gering und die Bedeutung ihres Vorhandenseins unerheblich. Er macht darauf aufmerksam, dass oftmals Zellbestandtheile die Osmiumreaktion geben, ohne Fett zu sein. So werden z. B. die oben genannten Granulationen der »rothkörnigen« Zellen durch Osmiumsäure geschwärzt, bestehen aber, wie anderweitige Reaktionen zeigen, keineswegs aus Fett. Viele mögen durch die Wahrnehmung solcher Gebilde getäuscht worden sein. Der Hauptweg des Fettes innerhalb der Epithelschicht führt durch die Epithelzellen; das Vorkommen von Fett in der Kittsubstanz hält H. mit Basch für eine erst durch die Härtung entstandene Erscheinung.

Über die Art des Hineingelangens des Fettes in die Epithelzellen wagt H. nur das zu behaupten, dass die Galle ein Beförderungsmittel desselben ist, theils weil sie die Emulgirung begünstigt, theils weil durch sie die Oberfläche der Zellen für Fette benetzbar wird. Dagegen hält er, obwohl er selbst die Stäbchen des Basalsaumes für formveränderliche Fortsätze des Zellleibes ansieht, die Aufnahme von Nahrungsbestandtheilen durch Bewegungen der Zellfortsätze (Thanhofer, Wiedersheim) für unbewiesen.

In den Zellen tritt das Fett in Tropfen sehr verschiedener Größe auf; neben fetthaltigen finden sich auch fettfreie Zellen, also verschiedene funktionelle Zustände unter gleichen äußeren Bedingungen. Für die Weiterbeförderung des Fettes in die Zotten nimmt H. Kontraktionen des Zellprotoplasmas in Anspruch.

Im Zottenparenchym liegt das Fett in den Maschen des Stromanetzes. Durch den aus den peripheren Blutkapillaren stammenden Lymphstrom wird es in den centralen Chylusraum fortgeschwemmt. Erst hier erfolgt die staubartige feine Vertheilung, die man bei mikroskopischer Untersuchung des Chylus findet.

Einen Übertritt von Fett in die Blutkapillaren der Zotten hält H. für nicht wahrscheinlich. Er selbst hat nie Fett in ihnen angetroffen; die entgegenstehenden Beobachtungen einiger Forscher entbehren der Beweiskraft. **Langendorff** (Königsberg).

2. Thoma. Untersuchungen über Aneurysmen. 4. Mittheilung und Schluss.

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. p. 244 u. 505.)

In der ersten dieser beiden Arbeiten beschäftigt sich Verf. damit, an der Hand der reichen ihm darüber zur Verfügung stehenden Erfahrung nachzuweisen, dass die in der 3. Mittheilung als Rupturaneurysmen beschriebenen Erscheinungen sich aus den verschiedenen Formen der vom Verf. in den früheren Mittheilungen beschriebenen Dilatationsaneurysmen entwickeln. Man wird sich erinnern, dass Verf. dieselben eintheilte in Aneurysma diffusum, fusiforme simplex, fusiforme multiplex, sacciforme und skenoideum. Sowohl das dissecirende, als das sackförmige Rupturaneurysma kann nun aus jeder dieser Formen durch Einreißen mindestens eines Theiles der Gefäßwand entstehen.

In der 3. Mittheilung bespricht Verf. die Beziehungen der Aneurysmen zur Arteriosklerose und kommt zu dem Schluss: »Bei vorübergehenden Steigerungen des arteriellen Druckes entsteht ein Dilatationsaneurysma, wenn die Arterienwand sich durch unvollkommene und geringe Elasticität auszeichnet. Diese Bedingungen sind erfüllt, wenn in den Anfangsstadien der Arteriosclerosis diffusa die Tunica media geschwächt und diffus gedehnt, die Tunica intima aber noch nicht durch Bindegewebsneubildung ausreichend verstärkt ist.« Werden nur kleine Gefäßbezirke gedehnt, so entsteht die knotige Arteriosklerose. Letztere ist eben darum Folge der diffusen Arteriosklerose, wie das Dilatationsaneurysma.

Nach seinen Untersuchungen weist Verf. der diffusen Arteriosklerose eine weit größere Bedeutung zu, als dies bis jetzt vielfach geschehen ist. Da die vom Verf. in der Arterienwand nachgewiesenen Pacini'schen Körperchen ebenfalls unter der qu. Affektion leiden, so glaubt er hierauf manche der rheumatoiden Schmerzen zurückführen zu können, die sich so häufig bei Männern zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr einstellen.

Es ergiebt sich für den Verf. folgende Eintheilung der Aneurysmen überhaupt: I. Aneurysma congenitum (deckt sich nicht mit Eppinger's kongenitalem Aneurysma). II. Aneurysma arteriosclerotіcum; a) per dilatationem, b) per rupturam. III. Aneurysma traumaticum. IV. Aneurysma embolicum; a) simplex, b) infectiosum. V. Aneurysma per arrosionem. VI. Aneurysma cirsoideum.

Hansemann (Berlin).

---

3. A. Jacobson (Petersburg). Algosis faucium leptothricia.

(Sammlung klin. Vorträge No. 317.)

Die zuerst von B. Fraenkel und später vom Referenten, Klebs, E. Fraenkel, Hering u. A. beschriebene Mycosis tonsillaris benigna unterzieht Verf. unter Mittheilung von 3 ausführlichen Krankengeschichten, denen noch 11 andere Fälle in Kürze sich anschließen, einer erneuten Abhandlung und schlägt, da der hier in Frage kom-

mende Krankheitserreger, Leptothrix buccalis von den Botanikern zu den Algen gerechnet wird, den Namen Algosis oder Phycosis faucium leptothricia vor. Unter sorgfältiger Berücksichtigung des litterarischen Materials und namentlich auch der für die Erkennung dieser Algenform nothwendigen Untersuchungs- und Färbemethoden entwirft Verf. das klinische Bild dieser, wie es scheint, ihm selten vorkommenden Krankheit und bespricht die differentialdiagnostischen Momente. Wir können erheblich neue Gesichtspunkte in der Arbeit nicht vorfinden und möchten bemerken, dass die Affektion durchaus nicht selten ist, wenn man nur genau darauf achtet. Verf. hat schließlich noch Kulturen angefertigt, deren Beschreibung aus dem Original ersichtlich ist.

Im Anschluss an die anderen Autoren erwähnt Verf. die Hartnäckigkeit des Leidens und hält in Anbetracht der meist geringen Beschwerden irgend welche energische Eingriffe (Galvanokaustik) nicht für indicirt, worin wir ihm beipflichten. Günstig haben sich Verf. Gurgelungen von Sublimat (1:2000) und die mechanische Beseitigung der Pfröpfe erwiesen. Auch Spontanheilungen kommen vor.

B. Baginsky (Berlin).

---

4. **G. Rummo.** Le pleuriti pulsanti. La pulsazione endopleurica ed esopleurica. Nuovi segni dei versamenti pleurici abbondanti.

(La riforma med. 1888. No. 219—222.)

Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen berechtigen den Verf. zur Aufstellung der folgenden Sätze:

1) Man muss einen Unterschied machen zwischen dem sichtbarfühlbaren Puls bei Pleuritis pulsans — Pulsus esopleuricus —, den man mittels graphischer Apparate ohne Weiteres aufzeichnen kann und der alle Eigenschaften des positiven Pulses hat, und zwischen dem latenten Puls — Pulsus endopleuricus —, den man erst sichtbar machen und aufzeichnen kann, wenn man den Pleuraraum mit einem Manometer und zugehöriger Schreibvorrichtung verbindet.

2) Zum Zustandekommen des endopleuralen Pulses ist nöthig die Anwesenheit eines reichlichen pleuralen Ergusses, zumal eines linksseitigen, welcher einen starken positiven Druck ausübt, der das Herz verdrängt, die Lunge komprimirt, die verdickten Wandungen der ihn fassenden Höhle in Spannung versetzt.

3) Zum Zustandekommen des esopleuralen Pulses ist erforderlich neben den Voraussetzungen für den endopleuralen Puls eine ausgeprägte Auswölbung der Interkostalräume. Das Phänomen ist klassisch ausgeprägt, wenn die Lähmung der Interkostalmuskeln den höchsten Grad erreicht hat und wenn eine Verschwärung und Durchbrechung der Pleura costalis erfolgt ist (Empyema necessitatis).

4) Alle Bedingungen, welche dazu beitragen, die Annäherung

des Herzens und des Pleurasackes, der den Erguss beherbergt, zu verstärken (z. B. rechte Seitenlage bei linksseitiger Pleuritis) und die Herzthätigkeit zu vermehren, machen den endopleuralen Puls sowohl wie den esopleuralen deutlicher.

5) Entziehung von Exsudat mittels der Thoracopunktur und daraus resultirende Verminderung des positiven endopleuralen Druckes vermindern die Deutlichkeit des Phänomens.

6) Die Natur des Ergusses hat wenig Einfluss auf die Sinnfälligkeit des Phänomens, welches sowohl bei serofibrinöser als bei serösblutiger und auch bei eitriger Pleuritis zu Tage treten kann. Wenn das Phänomen der Pleuritis pulsans vorwiegend häufig bei Gegenwart eines eitrigen Exsudates auftritt, so ist das nicht Folge der Natur des Ergusses, sondern Folge der größeren Spannung der Wände des Pleurasackes und der fast ausnahmslosen Atelektase und Sclerose der Lungen beim Empyem.

7) Zwischenlagerung eines Lungenrandes zwischen Herz und Pleurasack (Comby), Adhäsionen zwischen Herz und Herzbeutel und Pleurasack und Brustwand (Broadbent), Anwesenheit von Gas in der Pleurahöhle (Féréol), Anwesenheit von Flüssigkeit im Herzbeutel (Traube) sind unwesentliche Bedingungen, die entweder das Zustandekommen der Pulsation begünstigen oder seine Erscheinung erschweren.

8) Nach alledem ist der Pulsus esopleuricus kein so seltenes Phänomen, als man gemeiniglich glaubt, und der Pulsus endopleuricus ein Symptom, das fast alle reichlichen Pleuraergüsse begleitet, namentlich aber die linksseitigen mit starkem positivem Druck, mit Verdrängung des Herzens und Kompression der Lunge.

G. Sticker (Köln).

Kasuistische Mittheilungen.

5. **Makara.** Untersuchungen über die Ätiologie des Carcinoms.
(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 31.)

Auf Anregung von Kovács in Budapest untersuchte M. 20 maligne Tumoren (Sarkome und Carcinome) auf die Anwesenheit der Scheurlen'schen Bacillen. Die Impfungen wurden auf Gelatine, Agar und Blutserum ausgeführt. Es ergab sich, dass von 25 Impfungen aus 4 Sarkomen sämmtliche vorwurfsfreie Impfungen insgesammt steril blieben; eben so ergaben 72 Impfungen aus der Krebsmilch von 9 Mammakrebsen keinerlei Wachsthum. Bei exulcerirten Lippen- und Mastdarmkrebsen wurden der Staphylococcus pyogenes aureus resp. kleine, die Gelatine verflüssigende weiße Kokken gezüchtet.

Verf. hebt hervor, dass die für die infektiöse Natur des Carcinoms gewöhnlich hervorgehobene Beweisführung ihm überhaupt nicht stichhaltig erscheine, da die Natur und Genese der Geschwulstbildung auch ohne Annahme der Mikroorganismen erklärlich sei.

Peiper (Greifswald).

6. **G. Hauser** (Erlangen). Kurze Mittheilung über das Vorkommen der Fraenkel'schen Pneumoniekokken in einem Falle von Meningitis cerebrospinalis.
(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 36. September 4.)

Mikroskopischer Nachweis von Fraenkel'schen Pneumoniekokken in dem Exsudate einer eitrigen Cerebrospinalmeningitis bei einem 13jährigen Knaben. Kul-

turen wurden leider nicht angelegt, eben so wenig 2 komplicirende lobulär-pneumonische Herde bakteriologisch untersucht. **A. Freudenberg** (Berlin).

7. Vangel (Budapest). Micrococcus tetragenos in einem Nasengeschwür.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 36. September 2. — Excerpt aus Gyógyaszat 1888. No. 32.)

V. fand bei einem Phthisiker in dem Sekret eines tuberkulösen Nasengeschwürs neben Tuberkelbacillen den von Koch und Gaffky in phthisischen Kavernen gefundenen Micrococcus tetragenus. Die Identität wurde durch Züchtung und Thierversuche sichergestellt. **A. Freudenberg** (Berlin).

8. Albarran et Hallé. Une nouvelle bactérie pyogène et son role dans l'infection urinaire.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 37.)

Verff. haben genauer den Urin von 50 Pat. mit Erkrankungen des Harnapparates untersucht, nachdem sie denselben aseptisch der Blase entnommen, und 47mal in demselben eine bestimmte Bakterienart gefunden, wobei 35mal das Kulturverfahren angewendet wurde; in 15 Fällen von diesen war der Bacillus völlig rein, 29mal war er mit anderen Mikroorganismen vereinigt vorhanden. Bei Cystitis fand sich der Bacillus in Schnitten der Blasenwandung. Unter 79 Obduktionen von Individuen mit Affektionen der Harnwege fand sich 78mal der Bacillus im Urin des Nierenbeckens ein- oder beiderseitig, rein oder mit anderen vermischt. Bei Pat., deren Urin den Bacillus enthält, entstehen selbst nach leichten Operationen an den Harnwegen schwere Symptome, die in kurzer Zeit den Tod im Gefolge haben. Im Blute der Leichen war der Bacillus bei Personen zu finden, die an langsamer Infektion zu Grunde gegangen; Kulturen vom Blute lebender Pat. blieben stets steril. Es kann also der fragliche Bacillus eitrige Entzündung der Blase, des Urethers, des Nierenbeckens bewirken, ferner Ursache sein der verschiedenen Arten infektiöser Nephritis solcher Pat., von kongestiver, diffuser, eitriger Nephritis und von Miliarabscessen. Geht der Bacillus vom Harnapparat in den allgemeinen Kreislauf über, so entsteht eine Infektion mit febrilem Typus von verschiedenartiger Schwere (Urinfieber, Fièvre urineuse). Experimentell erzeugte der Bacillus bei Thieren Cystitis, jedoch nur wenn zugleich eine 24- bis 36stündige Harnverhaltung bewirkt ist. Aufsteigende Pyelonephritis konnte danach nicht beobachtet werden. Einimpfung von Bacillenkulturen ins subkutane Gewebe veranlasst Abscessbildung. Der Eiter der Abscesse enthält den Bacillus. Man kann durch Einimpfung von Reinkulturen dieses Bacterium pyogenes alle die Affektionen mit infektiösem Charakter hervorrufen, die sich bei Menschen finden, deren Harn das Bacterium enthält. Die Virulenz der Bacillen von Harnen verschiedener Pat. ist eine verschiedene. Auch außerhalb der Harnwege wurde das Bacterium gefunden: bei Puerperalphlegmone im Ligamentum latum, bei Pleuritis mit subpleuralem Abscess und bei einer Puerperalinfektion. Jedoch äußert das Bacterium seine Hauptwirkung auf die Nieren. Die Gestalt des Mikroorganismus ist ein Faden von verschiedener Länge mit abgerundeten Enden; die kleineren Arten sind beweglich. Kulturen gedeihen auf den gewöhnlichen Nährsubstraten; die charakteristischste ist die Stichkultur auf Peptongelatine. Dieselbe ist weißlich opak durchscheinend; ältere Kulturen haben eine gelbliche Farbe. Sie entwickelt sich bei gewöhnlicher Temperatur, bei 10 bis 25°. Bei 25° erscheint sie bereits am zweiten Tage. Die Kulturen wachsen langsam und bleiben monatelang lebensfähig. Auf Agar zeigt sich ähnliches Verhalten, auf Kartoffeln ist die Kultur zuerst weißgelblich, nachher gelbbräunlich. Die Kultur trübt Bouillon und Urin, dann bildet sie einen flockigen Niederschlag, und schließlich klärt sich die Flüssigkeit auf und wird dunkler. Ältere Kulturen haben sehr üblen Geruch. Sporenbildung wurde wahrscheinlich, aber nicht ganz sicher beobachtet. Das Bacterium pyogenes färbt sich leicht mit Anilinfarben, in Schnitten nach der Weigert'schen Methode, gar nicht jedoch nach der Methode von Gram.

Einige Autoren haben Mikroorganismen im Urin und in den Nieren beschrieben, die mit diesem Bacterium identisch zu sein scheinen. Auch andere pathogene Bakterien nähern sich in manchen Eigenschaften dem Bacterium pyogenes.

G. Meyer (Berlin).

9. **Justin Karlinski.** Zur Ätiologie der Puerperalinfektion der Neugebornen. Vorläufige Mittheilung. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institute der k. k. Universität zu Innsbruck.)

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 28.)

K. fand bei einer fiebernden Wöchnerin, deren Brust keine krankhaften Veränderungen zeigte, aus deren Milchgängen nach genauer Reinigung der Brust und nach Entfernung einer größeren zur Untersuchung nicht benutzten Milchmenge einige Milchproben gemacht wurden, dieselben pathogenen Mikroorganismen (Staphylococcus), die er, unter Beobachtung strenger Antiseptik, sowohl im Blute wie im Darminhalte des am 10. Lebenstage septikämisch zu Grunde gegangenen Kindes derselben Wöchnerin fand. Nabelring, Nabelgefäße waren vollkommen normal, auch sonstige als Infektionspforten zu deutende Exkoriationen fehlten. Es deutet dieser Befund darauf hin, dass puerperalkranke Mütter ihre Früchte nicht nur durch intra-uterine Infektion oder Infektion vom Nabelringe oder von äußeren Wunden aus, sondern auch durch die Milch inficiren können. Die Frage, ob die Unterbrechung des Säugens beim Eintritte von Fieber im Wochenbette jedes Mal angezeigt ist, will K. nach diesem einen Falle nicht entscheiden.

K. Bettelheim (Wien).

10. **B. Bonolari.** Relazione su due casi di tetano reumatico.

(Rassegna di scienze med. 1888. No. 8 u. 9.)

Der Verf. beschreibt zwei sehr schwere Fälle von Tetanus rheumaticus, die auf der Klinik des Prof. Galvagni in Modena zur Beobachtung kamen. Der eine betraf ein Mädchen von 7 Jahren, der andere einen Arbeiter von 46 Jahren; beide endeten mit Genesung.

Die elektrische Untersuchung ergab bei diesen Kranken, nachdem die Symptome schon etwas abgenommen hatten, eine deutliche Erhöhung der nervo-muskulären Erregbarkeit, wie dies analog, nur in gesteigertem Grade, bei der Tetanie beobachtet worden ist. Diese erhöhte Erregbarkeit existirte eine Zeit lang bei qualitativen Modifikationen in der Form der Erschütterungen.

Auch wurde eine Fortdauer der Muskelrigidität durch einige Zeit nach vollendeter Heilung beobachtet, eine Erscheinung, die von den Autoren kaum erwähnt wird.

Das Interessanteste ist die rasche Heilung, die im 2. Falle durch eine mittels des sog. trockenen Bades, d. h. mittels der unter der Bettdecke in einem besonderen Holzgestell applicirten Spirituslampe ausgeführte Schwitzkur erreicht wurde. Der Kranke, der, nachdem er durchnässt unter einem Thorbogen geschlafen hatte, sich des anderen Morgens mit Trismus vorstellte, wurde während der Untersuchung plötzlich von allen Symptomen des schweren Tetanus befallen, desshalb in die Klinik aufgenommen und sofort einer Behandlung mit Chloral und warmen Bädern unterzogen. Da aber jede Bewegung und jedes Geräusch die heftigsten Anfälle hervorriefen, so wurde das Wasserbad durch das »trockene Bad« ersetzt und so der Zweck der Schweißproduktion ohne alle Belästigung des Kranken erreicht. Der Erfolg war ein ganz ausgezeichneter, indem Pat. am 8. Krankheitstag in den gemeinsamen Saal transferirt werden konnte und am 12. schon das Bett verließ. Nur die oben erwähnte Muskelrigidität hielt noch einige Zeit an.

E. Kurz (Florenz).

11. **J. Rall.** Über eine Pneumonieepidemie mit häufigen Wanderpneumonien.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1888. No. 10—12.)

Verf. berichtet über eine Epidemie von krupöser Pneumonie, welche in Lustnau bei Tübingen von Ende Oktober 1885 bis Mitte Mai 1886, in der Stadt Tübingen

von Anfang Januar bis Ende Mai 1886 auftrat; in ersterem Orte erkrankten 18 Personen innerhalb von $6^1/_2$ Monaten, in Tübingen in 5 Monaten 17. Es kommen $^4/_5$ aller Fälle auf das Kindesalter und das Lebensalter jenseits der 50, $^1/_5$ auf die Altersklassen von 10—50 Jahren; in 4 Häusern erkrankten gleichzeitig mehrere Personen. Die Pneumoniefrequenz zeigte sich ferner abhängig von der Menge der atmosphärischen Niederschläge. Es starben 4 Personen = 11,4%; die Fälle betrafen Personen, welche schon vorher durch chronische Leiden schwer geschädigt und heruntergekommen waren. Häufiger als der rechte war der linke untere Lappen ergriffen. Auffallend war ferner die Tendenz der Pneumonien zu wandern; es war aber meist keine Wanderung im Sinne des Erysipels, sondern es bildeten sich da und dort nach einander kleinere oder größere pneumonische Herde, die von dem primären durch weite gesunde Strecken getrennt waren. Die anatomische Rückbildung ging in den meisten Fällen rasch von statten. Erkältung wurde als Ursache fast von allen Pat. in Abrede gestellt. **Peiper** (Greifswald).

12. **Dutil.** Note sur un cas de cancer primitif de la tête du pancréas.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 38.)

Ein 47jähriger Kutscher war mit Kolikanfällen erkrankt, die seit 4 Monaten jeden Tag 3—4 Stunden nach dem Aufstehen eintraten und besonders in die Nabelgegend ausstrahlten; hartnäckige Verstopfung, Appetitlosigkeit, Abmagerung stellte sich ein. Nach $1^1/_2$ Monaten hatten sich alle Symptome gesteigert, Pat. hatte absoluten Widerwillen gegen Fleisch; die Fäkalmassen waren hart, bräunlich oder farblos; ferner stellten sich in die Lenden und Rücken ausstrahlende Schmerzen ein. Drei Wochen vor der Aufnahme ins Spital trat Ikterus auf, der dem Pat. eine grünbraune Farbe verlieh. Es wurde ihm absolute Milchdiät verordnet, wonach die Verstopfung starken Diarrhoen wich. Der Stuhl war flüssig, braun oder farblos, sehr übelriechend. Puls, Temperatur normal, starke Abmagerung, Leib weich, kein Ascites, Leberdämpfung normal, Appetit fehlt. Ohne große Änderung in den Erscheinungen erlag Pat. $4^1/_2$ Monat nach seiner Aufnahme ins Spital. Die Diagnose wurde auf primären Pankreaskrebs gestellt. Die Symptome desselben sind von Bard und Pic gekennzeichnet: chronischer, fortschreitender Ikterus ohne Nachlass, mit enormer Ausdehnung der Gallenblase, mit Abmagerung und schneller Kachexie, aber ohne bemerkenswerthe Vergrößerung der Leber. Mit Ausnahme der Gallenblasenvergrößerung waren diese Erscheinungen hier vorhanden. Die Obduktion erhärtete die intra vitam gestellte Diagnose. Außer dem Krebs des Pankreaskopfes waren Metastasen in der Leber vorhanden. Letztere war stark mit Galle imbibirt. Milz etwas vergrößert. **G. Meyer** (Berlin).

13. **Bedford Fenwick.** On cardiac degeneration from the pressure of abdominal tumors.

(Lancet 1888. No. 3379.)

Von 18 Fällen von Ovarialcysten, die vor oder nach der Ovariotomie rasch kollabirt und gestorben waren, zeigten 16 bei der Sektion als Todesursache fettige Degeneration des Herzens. Auch bei anderen cystischen Geschwülsten im Unterleib (Cyste im Omentum, Hydronephrose etc.) fand F. mehrmals fettige Degenerationen des Herzens als Ursache eines unerwartet plötzlichen Todes. Er glaubt, dass der Druck des Tumors gegen das Zwerchfell und die hierdurch bedingte Beeinträchtigung der Respiration zu Entartung des Herzfleisches führe und dass gerade die cystischen Unterleibsgeschwülste besonders solche Folgen nach sich ziehen, weil sie lange bestehen, ohne zum Tode zu führen.

Körner (Frankfurt a/M.).

14. **C. Agostini.** Sulla influenza del bromuro di potassio nella eliminazione dell' urea.

(Sperimentale 1888. Mai. p. 467.)

A. untersuchte, welchen Einfluss die Zufuhr großer Dosen Bromkalium bei 5 Pat. (4 davon Epileptiker) (täglich 10—20 g) auf die Harnstoffausscheidung dieser Pat. hatte. Frühere derartige Versuche waren nur mit kleinen Mengen des

Salzes (1 bis wenige Gramm täglich) angestellt worden und zwar hatte Bill für den Menschen gefunden, dass die täglich ausgeschiedene Harnstoffmenge ungeändert blieb, während die Menge des Harns vermehrt war. Rabuteau fand an sich selbst eine, wenn auch nicht erhebliche, Verminderung der Harnstoffausscheidung bei gleichbleibender Harnmenge.

A. bediente sich zur quantitativen Bestimmung des Harnstoffes der »Bromlauge«. Nach Feststellung des normalen Tagesmittels der Harnstoffausscheidung aus einer 3tägigen Periode wurde bei gleichbleibender Ernährung des untersuchten Pat., das Tagesmittel bei Einnahme einer größeren Tagesmenge (10—20 g) Bromkalium aus einer gleichfalls 3tägigen Periode bestimmt. A. ging bei der Berechnung der 24stündigen Harnstoffmenge bei seinen Pat. im Vertrauen auf die Angaben eines englischen Autors (Fox) in der eigenthümlichen Weise vor, dass er dieselbe aus der Menge und Harnstoffgehalt des Nachtharns und der Zeit seiner Absonderung anstellte. Bei der Übersicht der von A. auf diese Weise aufgestellten Tabellen ist das Resultat, welches A. aus denselben abzuleiten sucht, nämlich Verminderung der Harnstoffausscheidung nicht sehr evident, ja in manchen Bromkaliperioden ist aus A.'s Zahlen sogar eine kleine Steigerung der Harnstoffausscheidung ersichtlich. Wenn sonach die an den 5 Pat. angestellten Versuche nicht absolut stringent sind, so ist dagegen die von A. an sich selbst angestellte Versuchsreihe, wobei immer die ganze 24stündige Harnmenge gesammelt wurde, von den Unsicherheiten der 5 anderen Versuchsreihen frei; sehr erheblich ist aber die während Bromkalieinnahme eingetretene Verminderung der Harnstoffausscheidung auch bei ihm selbst nicht (im Durchschnitt täglich 1,2 g). A. folgert, dass das Bromkalium den Stoffwechsel verlangsame, erörtert aber nicht die Möglichkeit, dass die größeren mit einem Mal eingenommenen Salzmengen die Verdauung und Resorption der Magen-Darmschleimhaut stören und verlangsamen können, so dass auch die verminderte Harnstoffausscheidung in der gestörten Resorption ihren Grund haben könnte. Ferner hebt A. hervor, dass einer Steigerung der Bromkalizufuhr keine energischere Verminderung der Harnstoffausscheidung entspreche und bei länger dauernder Bromkalizufuhr die Harnstoffausscheidung nicht mehr alterirt werde in Folge einer gewissen Angewöhnung des Organismus an das Salz.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

15. **C. Bernabei.** Dell' importanza dell' ipoazoturia nella diagnosi dell' alcoolismo cronico.

(Bollet. della sez. dei cult. delle scienze med. 1888. Fasc. 10.)

B. bezeichnet als »Ipoazoturia« die verminderte Stickstoffausscheidung im Harn, welche er bei chronischen Alkoholisten konstatirte und die er für die Diagnose des chronischen Alkoholismus als eine konstante Begleiterscheinung mit verwerthet. Aus den mitgetheilten Tabellen, welche die Harnstoffausscheidung dreier verschiedener Individuen wiedergeben, geht hervor, dass die täglich ausgeschiedene Stickstoffmenge im Harn beim chronischen Alkoholismus andauernd vermindert ist und zwar kann der Harnstoff auf $^2/_3$—$^1/_3$ des normalen Betrages herabgehen, während von Harnsäure oft nur Spuren noch nachweisbar sind und die Menge des Kreatinins auf die Hälfte bis ein Drittel sinkt. B. sah diese »Ipoazoturia« auch unter solchen Bedingungen anhalten, welche beim normalen Menschen Steigerung der Harnstoffausscheidung bewirken, z. B. bei übermäßiger Nahrungszufuhr, ferner auch beim Fieber. B. hält den Befund der konstant verminderten Stickstoffausscheidung für die Aufklärung der sonst manchmal dunkeln Ätiologie von akuten oder chronischen Cerebrospinalstörungen (apoplektiforme Anfälle) für wichtig. Die Ursache der verminderten Stickstoffausscheidung ist in der gestörten Verdauungsthätigkeit und Assimilation der chronischen Alkoholisten zu suchen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

16. **X. Francotte.** Un cas de fibrome de la dure-mère spinale.

(Annal. de la soc. méd.-chir. de Liège 1888. Februar.)

26jährige Frau klagte Anfangs über Schmerzen der unteren Extremitäten. Es zeigte sich Kontraktur der Kniee, Schwäche beim Gehen und allmählich ent-

wickelte sich Paralyse der Beine. Herabsetzung der Sensibilität an den Beinen und am Rumpfe. Fehlen des Kniephänomens, Aufhebung des Plantarreflexes auf der rechten Seite, links Andeutung desselben. Abdominalreflex nicht vorhanden. Tod unter septischem Fieber etwa ein Jahr nach dem Auftreten der Schmerzen.

Die Sektion ergab an der rechten vorderen Seite des Rückenmarkes ein mit der Dura mater ziemlich fest verwachsenes Fibrom, welches in der Höhe zwischen den 3. und 4. Dorsalnerven saß und das Mark komprimirte. Im Niveau der Geschwulst bestand Atrophie der Vorderhornganglienzellen, diffuse Sklerose der weißen Substanz mit Hyperämie und kleinen hämorrhagischen Herden. Von der Läsionsstelle aus zeigte sich aufsteigende Degeneration der Goll'schen, Kleinhirnseitenstränge, Gowers'schen Bündel und absteigende Degeneration der gekreuzten Pyramidenseitenstränge. **J. Ruhemann** (Berlin).

17. **Spillmann et Haushalter.** Observation de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-huméral.

(Revue de méd. 1888. No. 6.)

Pat., 28 Jahre alt, ohne nachweisliche hereditäre Belastung, nie krank gewesen, war bis zum 12. Jahre sehr kräftig. Er konnte jedoch nie pfeifen und war außer Stande Cornet à piston blasen zu lernen. Mit 13 Jahren bemerkte er Schwäche im rechten später im linken Arm, bald darauf Abmagerung derselben. Nach 5 Jahren Abmagerung der Oberschenkel, Rumpf nach hinten gebeugt beim Gehen und Stehen. Seit 5—6 Jahren Wadenkrämpfe. Stat. praes.: Starke Lordose der Wirbelsäule; schaukelnder Gang mit weit gespreizten Beinen; Bücken sehr erschwert; Aufrichten im Bette unmöglich. Unbeweglichkeit, Ausdruckslosigkeit, Faltenlosigkeit des Gesichts. Rechtes Auge weiter offen als linkes. Kieferbewegungen frei. Stirnrunzeln unmöglich. Schluss des Augenlides unvollkommen. (Dieser Gesichtsausdruck soll seit 10 Jahren bestehen.) Kopfbewegungen frei. Sternocleidomastoidei, Trapezii, Latissimus dorsi, Pectorales atrophisch. Fossae supra- und infraspinatae wenig abgeplattet. Deltoidei und Oberarmmuskeln kaum bemerkbar. Streckseite des Vorderarmes abgeplattet. Extensoren des Carpus radialis atrophisch. Handgelenke und Finger halb flektirt. Unmöglichkeit die Handgelenke zu strecken, Fingerstreckung ausführbar. Geringe Schwäche der Thenar- und Hypothenarmuskeln, sonst normal. Schreiben geht leicht von statten. Thorax abgeplattet, Intercostalräume stark markirt. Atrophie der Glutaei; Oberschenkelmuskeln an der Vorderseite fast geschwunden, an der Hinterseite atrophisch. Muskeln der Unterschenkel gut entwickelt. Patellar- und Plantarreflexe aufgehoben; keine fibrillären Zuckungen. Sphincteren intakt. Keine Entartungsreaktion. Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit. Die mikroskopische Untersuchung eines mittels der Harpune gewonnenen Muskelpartikels ergab einfache Atrophie. Keine Störung der Intelligenz, der Sinnesorgane und der Sensibilität. Die Temperatur der Haut der atrophischen Muskeln geringer als die der gesunden.

Von besonderem Interesse ist dieser Fall durch das Fehlen der Entartungsreaktion, von gröberen anatomischen Veränderungen in den Muskeln und schließlich durch den Mangel jeder hereditären Disposition. **A. Neisser** (Berlin).

18. **E. Hitzig.** Ein Kinesiästhesiometer, nebst einigen Bemerkungen über den Muskelsinn.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 9.)

Verf. bedient sich zur Bestimmung des Muskelsinnes für klinische Zwecke und zur Vermeidung störender Einflüsse durch den Drucksinn eines gewöhnlichen Strumpfes aus starker Baumwolle, an dessen Hacken eine kleine, zur Aufnahme von Gewichtskugeln dienende Tasche mit einer seitlichen Öffnung angestrickt ist. Die Gewichtskugeln, aus dichtem Holz verfertigt, enthalten in ihrem Inneren eine Bleifüllung, welche denselben verschiedene Schwere verleiht. 6 Kugeln von 50 bis 100 g haben eine Gewichtsdifferenz von je 10 g, 5 Kugeln von 100—300 g eine solche von je 50 g und 6 Kugeln von 300—1000 g eine solche von je 100 g.

An den Armen erkennt Verf. Unterschiede von $^1/_{10}$ g. Mit den Beinen unter-

scheidet er 0 von 100 g sicher, 200 von 250 g, 250 von 300 g und Gewichtsdifferenzen von 100 bis hinauf zu einer Belastung von 1000 g stets richtig.

J. Ruhemann (Berlin).

19. G. L. Peabody. Two deaths from poisoning by chlorate of potash, with autopsies.

(Med. record Vol. XXXIV. No. 13.)

P. berichtet in diesem in der Practitioners Society gehaltenen Vortrage über zwei tödlich verlaufene Vergiftungen mit chlorsaurem Kali. In dem einen Falle hatte ein Dienstmädchen irrthümlicherweise an Stelle von Seignettesalz zwei Theelöffel voll chlorsauren Kalis genommen. 14 Stunden später wurde sie in dem Spital im Zustand tiefer Prostration aufgenommen, mit subnormaler Temperatur, sehr frequentem Puls (136) und Athmung (32). Trotz aller excitirenden Maßregeln starb Pat. 37½ Stunden nach der Einnahme des Salzes. Der Urin war unwillkürlich entleert worden, er enthielt viele Blutkörperchen und umgewandeltes Hämoglobin und viel Eiweiß. Bei der 25 Minuten nach dem Tode ausgeführten Sektion besaßen alle Organe eine starke schokoladenbraune Färbung und im Blute war spektroskopisch der Absorptionsstreifen des Methämoglobins mit großer Deutlichkeit nachweisbar. Mikroskopische Veränderungen fanden sich hauptsächlich im Herzen und in den Nieren. Der Herzmuskel zeigte ausgebreitete fettige Degeneration und zwar besonders stark an den Papillarmuskeln des linken Ventrikels. In den Nieren waren die geraden Harnkanälchen der Pyramiden zum großen Theil mit zu Grunde gegangenen Blutkörperchen und Methämoglobin angefüllt und in solchem Maße ausgedehnt, dass das Epithel derselben ganz plattgedrückt war. In dem zweiten von P. besprochenen Falle hatte ein 53jähriger Mann wegen eines chronischen Kehlkopfleidens gewohnheitsmäßig bereits seit mindestens 2 Jahren täglich, ohne Störung seines Wohlbefindens, chlorsaures Kali genommen. In Folge einer zu großen Dose stellte sich allgemeines Unwohlsein und am darauffolgenden Tage ikterische Färbung der Haut und Conjunctiva ein, er erbrach, außerdem entleerte er dunkelgefärbten undurchsichtigen Urin. Sein Puls (100) war kaum mehr zu fühlen und er selbst war kollabirt. Am dritten Tage stockte die Harnsekretion bis zum Tode ganz, das Allgemeinbefinden besserte sich scheinbar etwas, am vierten Krankheitstag wurde Pat. schwächer und starb am Morgen des 5. in komatösem Zustand. Bei der Sektion fand man in der Pleura- und Pericardialhöhle dunkelfarbiges Serum. Die Milz war ca. 6mal so groß als normal, von derber Konsistenz und schokoladenbrauner Farbe gleich den übrigen Organen. Sowohl die makroskopischen als auch die mikroskopischen Befunde waren denjenigen des ersten Falles sehr ähnlich.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

20. Benj. Edson. Notes of sixteen cases of poisoning by the castor-oil bean.

(Brooklyn med. journ. 1888. Februar.)

Im Oktober 1887 hatte E. Gelegenheit in einem Erziehungsinstitute bei 15 Kindern (alle unter 6 Jahre alt) und deren Wärterin eine heftige Vergiftung durch Ricinussamen zu beobachten. Die von jedem Kinde genossene Anzahl der Samen wurde auf 3—4 geschätzt; der Samen stammte von einer als Zierstrauch im Institutsgarten gehegten Ricinuspflanze. Bei allen stellte sich starkes Erbrechen und große Hinfälligkeit ein; das Würgen und die Übelkeit hielten ungefähr 48 Stunden an; nach dieser Zeit hörten diese Vergiftungserscheinungen, gegen welche verschiedene therapeutische Maßregeln vergeblich versucht worden waren, von selbst auf.

E. bemerkt noch, dass auffallenderweise bei keinem der Pat. die abführende Wirkung der Ricinussamen zu beobachten war.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

21. E. Parietti. Frammento di semiologia cutanea. Mobilità della cute. (Clinica dermosifilo patica di Genova Prof. R. Campana.)

(Riforma med. 1886. No. 184 u. 185.)

P. vermisst in den Lehrbüchern die genügende Unterscheidung zwischen Beweglichkeit der Cutisschichten an sich und Beweglichkeit des Unterhautbindegewebes. Er stellt auf Grund von Untersuchungen am Lebenden und Toden folgende Sätze auf:

1) In der Semiologie der Hautkrankheiten muss man der Beweglichkeit der Cutis in ihren verschiedenen Schichten ein großes Gewicht beilegen und die Beweglichkeit der Cutis von jener des subkutanen Gewebes wohl unterscheiden.

2) Diese Beweglichkeit variirt physiologischerweise nach den Körperregionen, nach der mehr oder minder reichlichen Entwicklung des Corpus adiposum, der größeren oder geringeren Ausbildung der Hauternährung, des Tonus, der Elasticität und Blutfülle.

3) Sie wird beeinträchtigt oder verschwindet sogar ganz in gewissen Formen der Hautkrankheiten.

4) Sie geräth nahezu völlig in Verlust bei den Krankheitsprocessen, die mit einer reichen neoplastischen Infiltration der Cutis einhergehen, sie vermindert sich bei entzündlichen Vorgängen und solchen Ernährungsstörungen der Haut, die eine Verkürzung der Bindegewebsfasern zur Folge haben.

5) Die Berücksichtigung dieses Symptoms erweist sich fruchtbar bei der Bestimmung des Sitzes einer Hautläsion, ob oberflächlich, ob tief lokalisirt, so wie bei der Beurtheilung ihrer pathologisch-anatomischen Qualität.

G. Sticker (Köln).

22. Gager. Fluorwasserstoffsäure-Inhalationen bei Tuberkulose der Lungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 29.)

Auf Grund der günstigen Resultate, welche Seiler, Garcin, Lépine mit den Inhalationen von Fluorwasserstoffsäure bei Lungentuberkulose erzielten, wandte G. jene Inhalationen bei 17 Phthisikern an und zwar täglich in 1—2stündigen Sitzungen längere Zeit hindurch. Der Erfolg war der, dass in 5 Fällen die Bacillen aus dem Auswurf verschwanden, zugleich bedeutende Besserung der Lungenerscheinungen eintrat. In 7 Fällen war mehr oder weniger Besserung des physikalischen Befundes zu konstatiren. Das Körpergewicht nahm bei 12 Pat. zu, bei 3 Pat. verminderte sich das Fieber oder ließ ganz nach. Die vitale Kapacität erhöhte sich in 7 Fällen von 100—600 ccm. Bei 5 Pat. trat kein Erfolg ein. Bei Kehlkopfaffektionen erwiesen sich die Inhalationen kontraindicirt. Von sonstigen Erscheinungen traten besonders anfänglich Brennen in den Augen, Niesen, stärkere Nasensekretion, Hustenreiz auf. Bei einzelnen Pat. zeigten sich zuweilen Blutstreifen im Sputum; in solchen Fällen wurden die Inhalationen einige Tage ausgesetzt. Üble Nebenerscheinungen wurden im Übrigen nicht beobachtet. G. sieht seine Versuchsergebnisse als Bestätigung der Mittheilungen der französischen Autoren an.

Peiper (Greifswald).

23. Sézary et Anne (Algier). Du traitement de la diarrhée des tuberculeux par l'acide lactique.

(Lyon méd. 1888. No. 35. August 26. p. 598.)

Die Verff. sahen ausgezeichnete Erfolge von der inneren Darreichung von Milchsäure bei Diarrhoen Tuberkulöser. Ihre Medikation besteht in 2,0 Milchsäure auf 120, eventuell steigend auf 6—8 : 120, esslöffelweise im Laufe von 24 Stunden zu verbrauchen. Bei letzteren größeren Dosen trat mitunter Stumpfwerden der Zähne und Magenbeschwerden ein, welche Verff. durch Zusatz von 1,0 Chlorodyne auf die Mixtur beseitigten. Die Diarrhoen hörten in der Regel innerhalb weniger Tage auf; 9 solche Fälle werden kurz mitgetheilt.

A. Freudenberg (Berlin).

24. **te Gempt.** Die Anwendung von Koffeïndoppelsalzen bei Lungenerkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 25.)

Verf. hat in vielen Fällen von Lungenentzündungen und Bronchialkatarrhen das Koffeïn (Coffeinum natrosalicyl. 0,5 pro dosi; 2,5 pro die) in Anwendung gezogen und fasst seine Erfahrungen dahin zusammen: Die Koffeïndoppelsalze sind indicirt bei der akuten fibrinösen Pneumonie, sobald eine Abnahme der Herzkraft, hohe Pulsfrequenz oder Arhythmie des Pulses einzutreten droht; ihre Anwendung empfiehlt sich möglichst noch vor Eintritt von Collapserscheinungen. Auch im Collaps ist der Erfolg oft noch ein genügender. Bei geschwächter Herzthätigkeit, bei Potatoren und Greisen sind die Koffeïnsalze möglichst bei Beginn der Erkrankung anzuwenden. Die Wirkung des Koffeïns, welches in bedrohlichen Fällen durch subkutane Injektion zu verabfolgen ist, tritt ungemein rasch auf und äußert sich in Verminderung der Puls- und Athemfrequenz, Erhöhung des arteriellen Druckes, Abnahme der Temperatur, Besserung des Allgemeinbefindens. Auch bei Atelektase und Hypostase wirkt die Koffeïnverordnung günstig. Bei Lungenemphysem und asthmatischen Zuständen bestehen für die Anwendung der Koffeïnsalze dieselben Indikationen wie für die bei Herzkrankheiten.

Peiper (Greifswald).

25. **Hiller** (Breslau). Creolin als Antisepticum und Antiparasiticum des Darmkanals.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 27.)

Verf. hat von dem Creolin in der internen Medicin ausgedehnte Anwendung gemacht und empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen lauwarme Creolinlösung (1—5:1000) in den ersten Tagen nach der Empyemoperation zur Ausspülung der Brusthöhle, ferner bei jauchiger Cystitis (1—5:500), so wie ganz besonders aber bei den Erkrankungen des Magens und Darmkanals. Verf. sah hier von der Darreichung des Creolins die vorzüglichsten und überraschendsten Erfolge beim Meteorismus, aus welcher Ursache derselbe auch entstehe, bei Flatulenz im Gefolge des akuten und chronischen Darmkatarrh, bei Fülle und Auftreibung des Epigastrium nach dem Essen durch Störungen der Magenverdauung, auch bei putrider Zersetzung des Darminhalts beim chronischen Dünn- und Dickdarmkatarrh, so wie auch beim akuten Magenkatarrh, bei einfacher Diarrhoe, beim Brechdurchfall und bei Magenektasie in Folge von Pylorusstenose. In allen diesen Fällen sah H. ausgesprochen günstigen und abkürzenden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung bei Darreichung des Mittels in Dosen von 0,3—0,5—1,0, 3mal täglich eine Stunde nach der Mahlzeit, in starken Gelatinekapseln, die sehr gut vertragen werden, leider aber auch eine ausgedehntere Verwendung in der Kinderpraxis unmöglich machen, da dieselben von kleinen Kindern nicht geschluckt werden.

Verf. hält die Desinfektion des Darmkanals durch Creolin auch noch für indicirt bei der Ruhr, ferner beim Mastdarmcarcinom bes. in Form von Irrigationen, so wie auch bei der Cholera nostras, vielleicht auch versuchsweise bei Cholera asiatica und beim Ileotyphus. In 2 Fällen bewährte sich dasselbe auch als Antiparasiticum bei Entozoën des Darmkanals, indem je ein Fall an Taenia solium und von Oxyuris vermicularis damit erfolgreich behandelt wurden.

Goldschmidt (Nürnberg).

26. **A. Roulland.** A propos de quelques faits de paralysies des nouveau-nés.

Paris, **G. Steinheil,** 1887.

Das Buch behandelt in seinem ersten Theile die Gesichtslähmungen der Neugebornen, so wie anhangsweise die Lähmungen des Oculomotorius — kongenitale Ptosis, im zweiten Theil die Armlähmungen, im dritten die Lähmungen der unteren Extremitäten und Hemiplegie der Neugebornen. Den Hauptinhalt seiner Arbeit fasst R. selbst ungefähr in folgender Weise zusammen:

Alle Neugebornen können von Lähmungen betroffen werden, die ihre Ursache in mechanischen Momenten des Entbindungsherganges selbst haben und die daher als Obstetricallähmungen zu bezeichnen sind. Diese Lähmungen sind spontane, oder durch Kunsthilfe bei der Entbindung (operative Eingriffe: Forceps, Lösung der Arme etc.) herbeigeführte. Vor dem Entstehen dieser Lähmungen kann selbst die größte Gewandtheit des Accoucheurs und die Einhaltung aller Kautelen nicht immer genügenden Schutz bieten. Um so weniger sind sie natürlich bei minder umsichtigem Vorgehen zu vermeiden.

Die Obstetricallähmung kann entweder von den peripherischen Nerven ausgehen, oder auf einer centralen Läsion beruhen. Die peripherische Lähmungsform ist bei Weitem häufiger; sie betrifft gewöhnlich das Antlitz und die oberen Extremitäten.

Peripherische Gesichtslähmung ist meist die Folge von Anwendung der Zange (die häufigste obstetrikale Lähmungsform), kann aber auch — obwohl selten — »spontan« vorkommen, und zwar durch Kompression des Nerven an dem Angulus sacrovertebralis (besonders bei Beckenenge, geneigter Haltung), an Sitzbein und Schambein, vielleicht auch durch Beckentumoren. In gewissen Fällen entsteht partielle, auf den Temporal- oder Cervicalast des Facialis beschränkte Lähmung. Die Möglichkeit derartiger Störungen ist bei sehr verschiedenen Einstellungen (Scheitel, Gesicht, Steiß etc.) gegeben. Unter den nämlichen Bedingungen kann auch Lähmung im Gebiete des 3. Nervenpaares (Ptosis) zu Stande kommen. An den Oberextremitäten findet sich ebenfalls spontane und artificielle Lähmung; erstere kann, wie Verf. vermuthet, bei vergrößertem Volumen der Schultern (Vergrößerung des »bisacromialen Durchmessers«), durch Kompression des N. axillaris oder Druck und Zerrung der Wurzelstämme des Plexus brachialis selbst — fasciculäre oder radiculäre Lähmung — entstehen. Artificielle (provocirte) Armlähmungen dagegen finden sich unter sehr verschiedenen Umständen und zwar 1) bei Kopflage, indem ein Zangenlöffel die seitliche Partie der unteren Halsgegend komprimirt — oder wenn bei verzögerter Entwicklung der Schultern mit Haken oder dem hakenförmig gekrümmten Finger in die Achsel eingegangen wird — oder ausnahmsweise auch durch Kompression seitens der um den Hals geschlungenen Nabelschnur; 2) bei Beckenendlage, durch Zug am nachfolgenden Kopfe, wobei die Schultern gedrückt oder ein Stützpunkt an denselben genommen und die Finger gabelig im Nacken eingesetzt werden — oder durch Herabführen der über den Kopf erhobenen Arme; 3) bei Schulterlagen, durch Zug am vorliegenden Arme. Unter allen diesen Umständen haben wir Armlähmung mit radiculärem (nie mit fasciculärem) Typus, und zwar meist in der von Duchenne geschilderten Begrenzung, selten als totale.

Obstetricallähmung centralen Ursprungs kann in Form einseitiger Gesichtslähmung mit Integrität des M. orbicularis palpebrarum vorkommen. Für die Armlähmungen ist ein centraler Ursprung nicht sichergestellt, wohl aber für die Lähmungen der unteren Extremitäten, in Form obstetricaler Paraplegien. Letztere sind stets auf Verletzungen des Rückenmarks zurückzuführen: Zerreißung, Kompression durch Wirbelfraktur oder Blutungen im Wirbelkanal oder Hämatomyelus. Am seltensten sind obstetricale Hemiplegien (in der gewöhnlichen Form oder alternirend); sie beruhen auf cerebralen Blutungen, die bei der Entbindung selbst und zwar wahrscheinlich meist durch Kompression der Nabelschnur zu Stande kommen. Für Diagnose und Prognose aller obstetricalen Lähmungen ist die elektrische Untersuchung von der größten Bedeutung; auch muss in allen Fällen möglichst früh die elektrische Behandlung eingeleitet werden.

Eulenburg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 19. Januar. 1889.

1. H. **Munk**. Weitere Untersuchungen über die Schilddrüse.

(Sitzungsberichte der königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften Berlin 1888. XL.)

2. Th. **Drobnick**. Experimentelle Untersuchungen über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse.

(Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 2. p. 136.)

In No. 5 dieser Zeitschrift 1888 brachten wir ein Referat über die von M. ausgeführten Untersuchungen über die Schilddrüse. Nach Jahresfrist ist nun die Fortsetzung der wichtigen Untersuchungen erschienen. Verf. entwickelt hier auf Grund zahlreicher Versuche und sorgfältiger Beobachtungen die Ursachen für die nach der Schilddrüsenexstirpation auftretenden Störungen beim Hunde. Einzelne Versuche am Affen und Schwein vervollkommnen die Arbeit. Verf. entwirft zunächst ein genaues Bild der Störungen, welche sich beim Hunde nach Exstirpation der Schilddrüse einstellen. Das auffälligste Symptom sind fibrilläre Zuckungen, welche sich in den

nächsten Tagen nach der Exstirpation bemerkbar machen; dieselben zeigen sich in verschiedener In- und Extensität und arten schließlich in klonische und tonische Krämpfe aus. Die Krankheitserscheinungen kommen auch zur Beobachtung an den unteren Extremitäten, wenn das Rückenmark am Ende des Brusttheils durchschnitten ist, wie Verf. an einigen Versuchen nachweist. Für die abnormen Bewegungserscheinungen müssen demnach weitausgebreitete Reizungen des Centralnervensystems in Anspruch genommen werden. Diesen Störungen stets vorangehend sind zu verzeichnen solche der Respiration und solche der Cirkulation, welche vom Verf. zuerst beobachtet und genau studirt sind. Letztere äußern sich in völlig veränderter und vielfach wechselnder Herzaktion (Palpitationen), Unregelmäßigkeit des Pulses, verminderter Arterienspannung etc. Hierzu gesellen sich Aufstoßen, Brechbewegungen und Erbrechen; in seltenen Fällen treten epileptiforme oder epileptische Anfälle auf. Die Reihenfolge, in der die Störungen auftreten, — zuerst die respiratorischen und cirkulatorischen Störungen, alsdann die fibrillären Zuckungen — beweist, dass die ersteren die letzteren bedingen und dass die Anomalien des Centralnervensystems ihre Ursache haben in den veränderten Ernährungsbedingungen desselben durch die Störungen der Cirkulation. Diesen Alterationen können nun zu Grunde liegen centrale nervöse Vorgänge, welche ihrerseits erzeugt sind durch Ernährungsstörungen im Centralnervensystem, vielleicht in Folge der veränderten Blutmischung durch den Ausfall der Schilddrüse, oder es können, was nicht übersehen werden darf, auch periphere Reizungen, namentlich der in der Nähe der Schilddrüse gelegenen Nerven die Symptome herbeiführen. Indem nun Verf. alle Möglichkeiten sorgfältig abwägt, kommt er zu dem Resultat, dass es lediglich die Reizungen der in der Nähe der Schilddrüse gelegenen Nerven sind, welche hier ursächlich in Frage kommen und es scheinen unter Anderem dem Verf. besonders 2 Gründe hierfür entscheidend; einmal fällt der Krankheitsbeginn immer zusammen mit der entzündlichen Reaktion der Umgebung der Schilddrüsenlappen und auf der anderen Seite erscheint das ganze Krankheitsbild bei den operirten Thieren häufig gerade dann, wenn dieselben Fleischstücke als Nahrung aufnehmen; in vielen Fällen erfolgt hierbei auch der sofortige Tod. Diese Erscheinung ist nur so zu erklären, dass beim Hindurchtreten des Fleischstückes durch den Ösophagus eine plötzliche Erweiterung desselben und auf diese Weise eine jedesmalige Zerrung und akute Reizung der an der Operationsstelle gelegenen Nerven folgt. Auch die Beobachtung einer einseitigen Pupillenveränderung, welche sich an den operirten Thieren nachweisen lässt, führt zu der sicheren Anschauung, dass wir es hier mit einer Reizung der Nerven in der Wunde zu thun haben. Diese Reizung wird nach des Verf. Versuchen erzeugt durch die nach der Operation erfolgende entzündliche Schwellung in der Umgebung der Schilddrüsenlappen. Ist diese Anschauung

richtig, so müssen beim Ausbleiben der Schwellung die Krankheitserscheinungen ebenfalls ausbleiben und andererseits muss selbst ohne Beseitigung der Schilddrüse bei Erzeugung einer Entzündung in der Umgebung der Drüse die Krankheit entstehen. Und in der That zeigt es sich, dass beiden Anforderungen Genüge geschieht. Haben in ersterer Beziehung die bereits früher erwähnten gut gelungenen Ausschaltungsversuche, in denen niemals Krankheitssymptome folgten, eine Bestätigung der obigen Anschauung erbracht, so sind in letzterer Beziehung beweiskräftig die misslungenen Ausschaltungsversuche und chemische Reizversuche, welche Verf. mit höchst verdünntem Krotonöl in der Nähe der Drüse ohne Exstirpation derselben ausgeführt hat; hierbei gelang es, eine große Reihe aller der in Frage stehenden Krankheitssymptome zu erzeugen. Somit würde nach den vorliegenden Untersuchungen die Schilddrüse keine lebenswichtigen Funktionen in sich tragen und die nach Exstirpation derselben auftretenden Störungen würden lediglich nur die Folge von Nervenreizungen sein.

Auffallend ist, dass einzelne Hunde, welche die Schilddrüsenexstirpation überlebt haben und im Übrigen sich eine Zeit lang normal verhielten, plötzlich zu einer Zeit, da der Heilungsvorgang in der Wunde schon längst abgelaufen ist, erkranken. Für diese Fälle nimmt Verf. an, dass mechanische Reizungen der in die Narbe einbezogenen Nerven, seien es Schlingbewegungen oder brüske Kopfdrehungen, die Krankheitserscheinungen von Neuem bedingen; es wäre auch denkbar, dass bei der verschiedenen Gestaltung des Heilungsvorganges und bei der etwaigen Verlagerung der Nerven eine Steigerung ihrer Erregbarkeit eingetreten sein könnte.

Untersuchungen am Affen ergaben ähnliche Symptome, wie beim Hunde; es zeigten sich respiratorische Anfälle, Herzpalpitationen, Schluckkrämpfe, Erbrechen, Tremor mit tonischen und klonischen Paroxysmen, dagegen hat M. an diesen Thieren niemals Myxoedem oder Kretinismus beobachtet und bedürfen in dieser Richtung die Horsley'schen Mittheilungen einer Korrektur. Die ersten Erscheinungen beim Affen sind schwächer als beim Hunde, dagegen treten bei ihnen häufiger späte Erkrankungen auf, welche beim Hunde selten sind und es ist wohl anzunehmen, dass beim Affen während des Heilungsvorganges schwächere Reizungen der Nerven eintreten, dass dagegen später leichter Reizungen der Centralorgane und Erhöhung ihrer Erregbarkeit herbeigeführt werden. Den Affen sehr nahe steht in dieser Beziehung nach den vorliegenden Erfahrungen der Mensch. Versuche am Schwein haben ganz negative Resultate ergeben.

B. Baginsky (Berlin).

Von acht Hunden, denen D. die ganze Schilddrüse exstirpirt hat, sind drei längere Zeit am Leben geblieben. Von diesen starb einer nach 4 Monaten an einer accessorischen Krankheit, der zweite bot während der langen Beobachtungszeit keine Symptome dar; der dritte genas, nachdem er mannigfaltige und schwere Krankheits-

erscheinungen gezeigt hatte. In drei anderen Fällen wurden nur die Drüsengefäße unterbunden; diese Thiere blieben am Leben und erkrankten nicht oder nur wenig, obwohl sich bei der Sektion bei dem einen die Drüse völlig geschwunden, bei den anderen sehr atrophirt erwies. Bei zwei Hunden wurde die Exstirpation vorgenommen, nachdem ihnen vorher die Schilddrüse anderer Hunde in die Bauchhöhle verpflanzt worden war (Schiff). Beide gingen zu Grunde. Abquetschung der Drüsensubstanz hatte denselben Erfolg wie die Exstirpation. Von besonderer Wichtigkeit ist, dass bei einem Thiere schon die Entfernung des einen Drüsenlappens typische Krankheitserscheinungen erzeugte; doch verloren sich dieselben bald, und bei zwei anderen Hunden war diese Operation ohne ersichtlichen Einfluss auf das Allgemeinbefinden.

Bei den Thieren mit Totalexstirpation ergab die Sektion nur geringe Veränderungen. Insbesondere zeigten sich die nervösen Centralorgane so wie die Gehirnhäute nicht afficirt. Bemerkenswerth war eine spindelförmige Auftreibung des N. recurrens, ferner eine Verwachsung der Verbindungsäste vom Laryngeus sup. und inf. mit der Narbenmasse und eine gewisse Injektion der Gefäße des Vago-Sympathicus.

Das zumeist sich darstellende Krankheitsbild ist folgendes: die Krankheit beginnt am 3.—4. Tage mit fibrillären Zuckungen der ganzen Muskulatur; weiterhin gehen diese in einen tetanusartigen Zustand über, der durch klonische Krämpfe unterbrochen wird. An den letzteren sind vor Allem die Stirn- und Nackenmuskeln betheiligt. Die Athmung ist dyspnoisch (meist exspiratorische Dyspnoe), der Herzschlag ist verlangsamt und arhythmisch (in einem Falle war die von Schiff beschriebene »respiration cardiaque« vorhanden). Dazu kommen Paralgesien im Trigeminusgebiete, zuweilen Erbrechen oder Brechneigung; ferner bedeutende Störungen in der Aufnahme der Nahrung; Zurücksinken des Bulbus, Drehung desselben nach oben, Verminderung des intra-ocularen Druckes. Die Apathie der Thiere ist gewissermaßen eine freiwillige, da die Ausführung von Bewegungen heftige Krampfanfälle auslöst. Indem D. auf die oben erwähnten Befunde an den der Operationsstelle benachbarten Nerven hinweist, und indem er den Reichthum der Drüsenkapsel und ihrer Umgebung an sensiblen und anderen Nervenfasern — vom Vagus, Hypoglossus, Glossopharyngeus, Sympathicus — betont, kommt er zum Schluss, dass die beobachteten Krankheitserscheinungen durch die mit der Eiterung und Wundheilung einhergehende Reizung dieser Nerven direkt oder reflektorisch ausgelöst werden. Den Symptomenkomplex der sog. Cachexia strumipriva (Myxödem) des Menschen hält Verf. für durchaus verschieden von dem Zustand, in den die der Schilddrüse beraubten Hunde verfallen; eher möchte er letzteren der beim Menschen beobachteten Tetanie gleich setzen.

(Durch die vorliegende Untersuchung, so wie durch die oben

besprochene zweite Mittheilung von H. Munk scheint dem Ref. die »Schilddrüsenfrage« zu einem gewissen erfreulichen Abschluss gebracht zu sein. Die Krankheitserscheinungen sind, wie wir jetzt wissen, jedenfalls sekundäre, durch die mit der Verwundung oder mit der Wundheilung einhergehende Nervenreizung bedingte. Ob wir mit Munk die respiratorischen und cirkulatorischen Störungen in den Vordergrund stellen und eine durch sie verursachte, ihrerseits wieder zur Quelle weiterer Symptome werdende Ernährungsstörung der nervösen Centralorgane annehmen sollen, oder ob man mit dem Verf. der vorliegenden Abhandlung alle Erscheinungen als Folgen direkt oder reflektorisch wirkender Nervenreizung betrachtet, ist von untergeordneter Wichtigkeit gegenüber der Erkenntnis, dass der Schilddrüse die Bedeutung eines lebenswichtigen Organs nicht zukommt. Dies aber wird erwiesen durch die nur geringfügigen Folgen der unblutigen Ausschaltung der Drüse so wie durch die in einzelnen Fällen beobachtete Unwirksamkeit ihrer blutigen Ausrottung. Für den Physiologen hat damit die Exstirpationsfrage ihr Interesse verloren, und Untersuchungen über die physiologische Bedeutung der räthselhaften Drüse müssten nach einer anderen Richtung hin ausgeführt werden. Ref.)

Langendorff (Königsberg).

---

3. **J. Munk.** Über den Nährwerth des Fleischpeptons (Albumosepepton) von Antweiler.

(Therapeutische Monatshefte 1888. Juni.)

Mit einem von Dr. Antweiler in Barmen dargestellten leimfreien Fleischpepton hat M. Fütterungsversuche an einem $14^1/_2$ Kilo schweren, sehr mageren Hunde angestellt um den Nährwerth des Präparates zu prüfen, und zwar in der Weise, dass nach Feststellung des N-Gleichgewichts in den einzelnen Perioden das Fleischeiweiß durch eine äquivalente Menge Pepton resp. Leim ersetzt wurde. Aus der Versuchsreihe ging hervor, dass das betr. Präparat gut resorbirt wurde und annähernd den gleichen Nährwerth hat als Fleischeiweiß. Dagegen erwies sich dieselbe N-Menge in Form von Leim (feinste Gelatine) gegeben, dem Nährwerth nach bedeutend tiefer stehend als Eiweiß und Albumosepepton. Einen Nachtheil jedoch zeigte das Präparat, nämlich den, dass danach ziemlich reichlicher, breiiger, zuweilen diarrhoischer Koth entleert und damit dem Körper mehr Stickstoff unverwerthet entzogen wurde, als bei Fleischfütterung. Den Grund hierfür erblickt M. in dem allzu reichen Salzgehalt des Präparates und ein auf seine Veranlassung dargestelltes salzärmeres, dem dafür phosphorsaures Kali zugesetzt war, ergab in einer in gleicher Weise durchgeführten Fütterungsreihe unzweifelhaften Vorzug vor jenem, indem der Reiz des Darmkanals und damit der Verlust von unentwerthet ausgestoßenen N-Substanzen beseitigt wurde.

Bezüglich des Nährwerthes des Albumosepeptons kommen 100 g

desselben etwa 350 g magerem Rindfleisch (mit ca. 21% Eiweiß + Leim) gleich.

Markwald (Gießen).

---

4. **L. v. Frankl-Hochwart.** Über mechanische und elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 1.)

v. F.-H. hat 19 Fälle von Tetanie aus der Nothnagel'schen Klinik benutzt, um über die Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei dieser Krankheit genaue Untersuchungen anzustellen. Das Ergebnis derselben weicht von den bisherigen Veröffentlichungen über das elektrische Verhalten der Muskeln und Nerven erheblich ab. Verf. stellte zunächst Untersuchungen an, welchen Schwankungen in der Erregbarkeit ein und derselbe Nerv eines einzelnen normalen Individuums im Verlaufe einer längeren Beobachtungszeit unterworfen ist und kam zu dem Resultat, dass bedeutende Schwankungen darin existiren, die jedoch für beide Stromarten nicht gleichartig sein müssen. Bei der Tetanie hat Verf. die Erhöhung der galvanischen Erregbarkeit der Nerven konstant gefunden, dagegen hat er die der faradischen Erregbarkeit sehr häufig vermisst.

Die Erhöhung erfolgte nur in 12 Fällen — unter 64 erhöhten Erregungsverhältnissen — für beide Stromesarten gleichzeitig, in den übrigen immer nur für je eine Stromesart. 48mal zeigte sich galvanische Erhöhung ohne faradische, 4mal faradische ohne gleichzeitig galvanische. Was die Verhältnisse beim Muskel betrifft, hat Verf. unter 17 Individuen, bei denen erhöhte Nervenerregbarkeit zur Beobachtung kam, bei 3 derselben normale Verhältnisse gefunden, bei 14 Veränderungen konstatirt. Die erhöhte Erregbarkeit ist also kein konstantes Symptom der Tetanie. (Unter 68 Messungen nach beiden Stromesarten konstatirte Verf. 27mal Erhöhung für den konstanten, 6mal Erhöhung für den faradischen Strom, 3mal verband sich die Erhöhung für den faradischen mit der für den galvanischen, 8mal ging sie ohne diese einher.) Fand sich Erhöhung der Muskelerregbarkeit vor, so zeigte auch der dazu gehörige Nerv wenigstens für eine Stromesart gesteigerte Anspruchsfähigkeit.

Ob diese Angaben des elektrischen Verhaltens der Nerven und Muskeln bei Tetanie unumstößlich sind, müssen spätere Untersuchungen lehren, da sowohl in den bisherigen Publikationen über diesen Gegenstand wie in einer gleichzeitig veröffentlichten Arbeit über Tetanie von Hoffmann aus der Erb'schen Klinik gerade die gleiche Anspruchsfähigkeit der Nerven für beide Stromesarten betont wird. Über die gesteigerte mechanische Nervenerregbarkeit bringt der Verf. nichts Neues.

A. Neisser (Berlin).

---

5. **H. v. Ziemssen.** Die Neurasthenie und ihre Behandlung.

(Klinische Vorträge IV, 2. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1888.)

In der mit meisterhafter Präcision geschriebenen Arbeit definirt Verf. die Neurasthenie als funktionelle Schwächezustände des Nervensystems, welche bald mehr in den Centris der Intelligenz und der Psyche, bald mehr in denen der Reflex- und Hemmungscentra, bald endlich mehr in den nervösen Leitungsbahnen prävaliren. Mit Beard

unterscheidet Z. eine cerebrale Form oder Cerebrasthenie, eine spinale Form oder Myelasthenie und eine universelle Form. Die Schwierigkeit der differentiell diagnostischen Abgrenzung der Neurasthenie von Neurosen und manchen Formen von Psychosen betonend, bespricht Verf. die wesentlichsten Erscheinungen und pathognostisch wichtigen Punkte des Leidens. In cerebraler Beziehung werden Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, Mangel an Ausdauer, Hyper- und Parästhesien des Kopfes, die Schlaflosigkeit, psychische Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, die verschiedenen Furcht- und Angstzustände hervorgehoben. Bei der spinalen Form steht neben den mannigfachen Hyperästhesien, Hyperalgesien, Par- und Anästhesien, den freilich nur geringfügigen motorischen Störungen der Rückenschmerz im Vordergrunde. Verf. räth den Begriff der Spinalirritation vollständig zu kassiren.

Es folgen alsdann die Anomalien des Herzens, des Magens und Darmes, der Genitalien und die beseitigende so wie verstärkende Wirkung psychischer Einflüsse auf die neurasthenischen Organstörungen. Indem Verf. endlich die therapeutischen Maßnahmen bespricht, deren Aufgabe darin besteht das Nervensystem zu roboriren und gleichzeitig seine abnorme Erregbarkeit zu beseitigen, weist er vor Allem auf die Nothwendigkeit einer streng individuellen Behandlung hin und betont besonders im Anschluss an das oft schablonenhaft verordnete Weir Mitchell'sche Kurverfahren und die unsinnig unternommenen Entfettungskuren die außerordentlichen Unglücksfälle und Schäden, welche durch Systemkuren in der Hand von nicht individualisirenden Ärzten oder gar von Laien entstehen.

J. Ruhemann (Berlin).

---

6. B. Novaro. Tratamiento sintomatico del diabetes con la codeina á altas dósis.

(Revista Argent. de ciencias med. 1888. No. 1.)

N. sah ausgezeichnete Wirkung von der Anwendung des Codein in großen Dosen bei einer größeren Zahl von Diabetikern (wie viel, ist nicht gesagt), derart, dass in der Regel in wenigen Tagen der Zuckergehalt des Urins verschwand oder sich wesentlich verringerte, die Urinmenge abnahm und damit auch die anderen Symptome des Diabetes verschwanden oder sich besserten. Freilich fehlte es auch nicht an Misserfolgen. Von 10 Kranken wurden nach N.'s Angaben durchschnittlich 7 geheilt, 2 gebessert, 1 hatte keinen Erfolg.

N. beginnt mit 3mal täglich 1 Pille à 0,05, steigt, wenn diese Dosis gut vertragen, in den nächsten Tagen auf 4 und dann 5 Pillen pro Tag (= 0,25 pro die). Wenn die Pillen gut wirken und der Urin ganz zuckerfrei ist, wird, um vor Recidiven möglichst zu sichern, 2—3 Wochen mit derselben Dosis fortgefahren, dann langsam unter beständiger Kontrolle des Urins heruntergegangen bis auf eine Pille pro Tag, 1 Pille jeden 2. Tag, 1 Pille jeden 3. Tag etc. bis 1 Pille

pro Woche. Tritt trotzdem ein Recidiv ein, dann Wiederaufnahme der Kur mit den großen Dosen. Bei mäßiger Wirkung der Pillen, d. h. nur Verringerung des Zuckergehaltes kann man pro Woche um 1 Pille steigen, bis selbst auf 10 Pillen pro Tag (= 0,5 Codein), wenn nicht der Urin vorher zuckerfrei wird, oder aber, was sehr selten, Symptome von Intoleranz sich einstellen. Tritt gar keine Wirkung des Codein ein, so ist die Prognose schlecht.

Die Maximaldosis des Codein nach der deutschen Pharmacopoe beträgt 0,05 pro dosi, 0,2 pro die. Ref.)

A. Freudenberg (Berlin).

---

7. **L. Oser.** Über den Werth der Kondurangorinde in der Therapie des Magencarcinoms.

(Internationale klin. Rundschau 1888. No. 14—16 u. 18.)

Obgleich O. wie Friedreich (1874) und Riess (1887) Fälle beobachtet hat, in denen bei einem zwingend für Magencarcinom sprechenden Symptomenkomplexe auf längeren Gebrauch der Kondurangorinde Heilung eintrat, muss er doch in Abrede stellen, es in diesen Fällen wirklich mit Carcinomen zu thun gehabt zu haben, weil das Mittel in zahlreichen, unzweifelhaften Fällen von Magencarcinom wirkungslos ist, weil er in einem ebenfalls zur Carcinomdiagnose verleitenden Falle auf strenge Ulcustherapie (Anfangs 1/4stündlich 1 Esslöffel Eismilch als ausschließliche Diät) Heilung, Recidive und endgültige Heilung eintreten sah und weil der Obduktionsbefund bei dem einen erwähnten Riess'schen Falle auch ein Ulcus als Grundlage des epigastrischen Tumors zeigte. O. kann desshalb die Kondurangorinde nur als Appetit erregendes und die Empfindlichkeit herabsetzendes Mittel gelten lassen. Als Tumoren in der Magengegend, die mit Carcinomen mehr oder minder leicht verwechselt werden können, führt O. an: Tumoren, Abscesse, Hernien der vorderen Bauchwand, asymmetrisch sich kontrahirende oder ungleichmäßig entwickelte Recti, verlagerte Organe (Niere, Leber, Milz), Pankreasgeschwülste, Tumoren oder Fäces im Colon transversum, der (zuweilen erst durch die Untersuchung) sich kontrahirende, bei zunehmender Abmagerung immer deutlicher werdende Pylorus, Indurationen, Perigastritiden, Narben um ein peptisches Geschwür herum, Pylorushypertrophien bei chronischer Gastritis, Gummata am Magen, circumscripte peritonitische Exsudate, Lymphdrüsentumoren, Fibrome, Lipome, Myome, Fibromyome, Lymphome, Adenome, Cystengeschwülste am Magen. Konstanter Mangel der Salzsäurereaktion spricht — aber nicht unbedingt — für Carcinom.

K. Bettelheim (Wien).

Kasuistische Mittheilungen.

8. **Petroff.** Ein Beitrag zur Lehre von der Aktinomykose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 27.)

Verf. theilt einen Fall von Aktinomykose mit, welchen er bei einem 26jährigen Studenten beobachtete. Die Sektion ergab: Hochgradige Veränderung der rechten

Lunge, besonders aber der Lungenspitze. Die linke Lunge erschien nur in dem Spitzentheile des oberen Lappens verändert. In dem Unterhautzellgewebe, den Nieren und dem Lendenmuskel fanden sich weitere Krankheitsherde. Aus dem pathologischen Befunde schließt Verf., dass der Krankheitsprocess Anfangs in der rechten Lungenspitze begonnen und sich erst später auf die anderen Theile der rechten und linken Lunge, wie auf die übrigen Organe fortgepflanzt habe. Die Lokalisation des Processes in der Lungenspitze in diesem, wie auch in dem von Moosbrugger beobachteten Falle, liefere demnach keinen zuverlässigen Stützpunkt für die differentielle Diagnose zwischen Tuberkulose und Aktinomykose.

Peiper (Greifswald).

9. Fabre. Sur les ténias multiples à propos de l'observation d'un enfant qui a expulsé huit ténias solium.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 38.)

Ein 10jähriges Kind war mit Kolikschmerzen, Erbrechen, Konvulsionen, Durchfällen, Schlaflosigkeit erkrankt; Puls 124, Temperatur 39,2°. Seit Jahren bestand Morgens schleimiges Erbrechen und seit 4½ Jahren Abgang von Bandwurmgliedern. Verf. verordete Anthelmintica, und mehrere Tage lang hatte das Kind Abgang großer Mengen von Bandwurmgliedern (an einem Tage angeblich 80 m). An einem Tage fand F. in den Abgängen 6 Bandwurmköpfe. Etwas später verlor der kleine Pat. mehrere Askariden und hierauf wiederum Bandwurmglieder. Nach einem neuverordneten Anthelminticum stellte sich Ruhe für das Kind ein. Einen Monat später hatte Pat. starke Schmerzen beim und besonders gegen Ende des Urinlassens, welche nach warmen Umschlägen nicht wichen, sondern erst nach Einführung eines weichen Gummikatheters. Bandwurmglieder waren nicht mehr im Stuhl. Einen Monat darauf entleerte das Kind ohne vorherige Einnahme irgend eines Medikamentes eine große Menge von Taeniamassen, in denen F. zwei Köpfe fand. Von der Zeit an war das Kind frei von allen Beschwerden. In der Litteratur finden sich Fälle von 18, 20 und 41 Taenien bei einem Individuum beschrieben. Die Gegend des Wohnorts des Verf. (Commentry) scheint besonders von Tänien heimgesucht zu sein.

G. Meyer (Berlin).

10. Timofejew. Zur Frage über die Insufficienz der Semilunarklappen der Aorta.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 24.)

Als Ergebnis der Untersuchungen T.'s, welche derselbe bei Hunden mit experimentell geschaffener Aorteninsufficienz anstellte, fand Verf., dass das diastolische Geräusch, welches am Auskultationsorte bei Insufficienz der Aortenklappen auftritt, völlig verschwinden und durch einen Ton ersetzt werden kann. Bei Insufficienz der Aortenklappen hängt die Intensität des Geräusches von der Größe des Blutdruckes und von der Höhe desselben ab. Der Blutdruck selbst vermindert sich im Laufe der Zeit. Der zweite Ton in den Carotiden verschwindet nach einiger Zeit. Das erste Geräusch, welches zuweilen bei Insufficienz der Aorta in der Carotis gehört wird, kann eine rein lokale Entstehung haben, eben so hat das zweite Geräusch, welches nicht von der Basis des Herzens fortgeleitet wird, eine rein lokale Entstehung.

Peiper (Greifswald).

11. G. Sée. Des anevrysmes de l'aorte, anevrysmes et bacilles, traitement des anevrysmes par l'iodure.

(Bull. de l'acad. de méd. 1888. No. 33.)

S. beobachtete, abgesehen von 100 ambulanten Fällen, 24 Fälle von Aortenaneurysmen längere Zeit hindurch. Auffällig häufig sah er die Koincidenz mit Phthise, und zwar bei 7 Pat. Als Ursache hierfür glaubt er die Alteration in dem Gasaustausch zwischen Lungen und atmosphärischer Luft ansehen zu müssen. Die Ansiedelung des tuberkulösen Giftes in der Lunge führt S. zurück auf eine Endarteriitis in Folge primärer tuberkulöser Mikrobeninvasion in die Intima und Media

der Gefäße. Von diesem primären Herd aus erfolge möglicherweise erst die Infektion der Lunge durch Fortschwemmung der Bacillen.

Betreffs der therapeutischen Maßnahmen wendet sich S. gegen jedwelche operative Eingriffe; Erfolge seien nur von der Jodtherapie zu erhoffen. Von 17 Pat., bei denen die tuberkulöse Affektion fehlte, und welche mit Jod behandelt worden waren, starben 2 in Folge des Aortenaneurysmas, 1 Pat. in Folge eines Lungenaneurysmas; ein vierter starb nach 15jähriger Behandlung an einer Pneumonie. Die übrigen 13 leben noch und zwar unter beständiger Einwirkung von Jodpräparaten; 2 derselben scheinen völlig geheilt zu sein.

Die Wirkung des Jod besteht nach S. in Folgendem: Verflüssigung des katarrhalischen Sekretes, in Folge dessen Verminderung der Dyspnoe. Verstärkung der Blutcirkulation, wodurch die venöse Stase beseitigt wird. Kontraktion der Adventitia und der benachbarten Gewebe der Aneurysmengeschwulst. Die Verkleinerung des Tumors hebt den Druck auf den Plexus thoraco-brachialis auf und in Folge dessen die Neuralgien; eben so Beseitigung des Druckes auf den Nervus recurrens und in Folge dessen Aufhebung der Lähmung der Stimmbänder, Dyspnoea laryngealis und Aphonie.

Die Herzmittel bei Aneurysmen hält S. nicht bloß für unnütz, sondern auch für gefährlich. Hingegen rühmt er die Anwendung des Antipyrins gegen die Neuralgien, so weit sie nicht durch die Jodtherapie beseitigt werden.

Dujardin-Beaumetz empfiehlt gegen die Neuralgien das Phenacetin.

Peiper (Greifswald).

12. **Weber.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'arteriosclérose du cœur (scléroses du myocarde).

Thèse, Paris.

Aus 17 Fällen von »Sklerose des Herzens«, von welchen 6 eigene Beobachtungen darstellen, hat der Verf. folgende Ergebnisse gewonnen: Das »sklerotische« Herz ist hypertrophisch oder dilatirt; meist ist Hypertrophie und Dilatation gemeinsam vorhanden. Diese Änderungen in der Gestalt und im Volumen des Herzens sind nicht direkt von der Sklerose abhängig, sondern von der ursprünglichen Gefäßaffektion: es sind Kompensationsstörungen. Die gewöhnliche Gefäßerkrankung ist die obliterirende Endarteriitis der kleinen Gefäße, welche eine langsame Entwicklung haben kann, wodurch kompensatorische Hypertrophie und sklerotische Veränderungen entstehen können. Ist aber ihr Entwicklungsgang ein schneller, so ist Dilatation und Veränderung des Herzmuskels vorherrschend. Histologisch lassen sich drei anatomische Formen von »Herzsklerose« unterscheiden: a) perivaskuläre Sklerose, die sich durch Entzündung weiter ausbreitet; b) »dystrophische« Sklerose, die durch regionäre Ischämie entsteht; c) gemischte Sklerose. Die Veränderungen des Herzmuskels sind noch nicht genau bekannt; besonders kommt Atrophie und die von Zenker beschriebene Degeneration vor. Die »Herzsklerose« ist vom nosologischen Standpunkt eine der anatomisch ins Auge springenden Erscheinungen der Arteriosklerose des Herzens.

G. Meyer (Berlin).

13. **Budor.** Obliterations des artères cardiaques et lésions du myocarde.

Thèse, Paris, 1888.

Die Obliteration der Kranzarterien des Herzens verläuft plötzlich oder langsam. Im ersten Falle ist sie Folge einer akuten Aortenentzündung, oder einer Embolie, oder einer in Folge von Endarteriitis sich schnell entwickelnden Thrombose. Erfolgt die Obliteration langsam, so geht atheromatöse Entartung der Arterien allein oder in Gemeinschaft mit Thrombose vorher. Die Folge dieser verschiedenen Läsionen ist in den schnell verlaufenden Fällen akute Entartung, Entstehung eines Infarktes, Erweichung des Myocards und Ruptur; bei langsamem Verlauf fettige Entartung, Herzaneurysma und Ruptur. In manchen Fällen erzeugen die chronischen Veränderungen Sklerose des Myocards. Gewisse anatomische Verhält-

nisse können ein wenig die Schwere dieser Zustände mildern, so die »ergänzenden« Kranzarterien, welche in ungefähr einem Viertel der Fälle vorhanden sind und hauptsächlich in einer Anzahl von zwei oder drei die Arteria coronaria posterior begleiten. Sie verlaufen meistens im oberen Theile der Ventrikel, selten reichen sie bis zur Spitze des Herzens. Meist sind sie durch vorzeitige Theilung des Gefäßes, welches sie begleiten, entstanden; bisweilen sind sie jedoch richtige Ergänzungsgefäße. Sie können bis zu einem bestimmten Grade eine stellvertretende Thätigkeit einnehmen und so die Herzdegeneration hemmen. Vielleicht ist ihrer Anwesenheit das seltene Vorkommen von Angina pectoris zuzuschreiben, während die Affektionen, welche diese Erkrankung hervorzubringen im Stande sind, relativ häufig vorkommen. **G. Meyer** (Berlin).

14. **J. Lumniczer.** Beiträge zur Ätiologie und Symptomatologie der putriden Bronchitis.

(Orvosi Hetilap 1888. No. 4 u. ff. — Excerpt in Pester med.-chir. Presse 1888. No. 25.)

L. berichtet zunächst über bakteriologische Untersuchungen, die er mit dem frisch expektorirten Sputum eines 58jährigen mit putrider Bronchitis behafteten Kranken angestellt hat; er konnte in demselben folgende Mikroorganismen in Reinkultur gewinnen: den Staphylococcus pyogenes albus und citreus, den Staph. cereus albus et flavus., Diplokokken und einen Bacillus, dessen Kultur denselben Geruch verbreitet, wie das Sputum selbst, aus dem sie dargestellt wurde, der sich nur im Sputum der putriden Bronchitis vorfand, der bei Thieren sowohl bei direkter Verimpfung in das Lungengewebe, als auch wenn er dorthin indirekt durch entzündliche Bronchien gekommen ist, eine eitrige Entzündung daselbst verursacht und den Verf. desshalb als den Erreger der putriden Bronchitis anzusprechen geneigt ist.

Auf Grund von 11 Fällen dieser Erkrankung, deren Krankengeschichten eingehend mitgetheilt werden, entwickelt Verf. sodann Symptomatologie, Prognose und Therapie der putriden Bronchitis ohne in dieser Hinsicht etwas Neues bringen zu können. **Goldschmidt** (Nürnberg).

15. **A. Naldoni.** Contributo allo studio sulla contagiosità della pneumonite e bronco-pneumonite.

(Gazz. degli ospitali 1888. No. 73 u. 74.)

N. hatte Gelegenheit vom November 1887 bis Juni 1888 70 Fälle von Pneumonie zu beobachten, von denen ca. 60 Fälle sich auf die Ortschaften Serravalle und Partina beschränkten. Von diesen lassen sich 16 Fälle in besondere Gruppen zusammenstellen:

A. Fall 1. Wittwe Ricò, 65 Jahre alt, aus Serravalle, besuchte ihren an Pneumonie kranken, im Hospital befindlichen Schwiegersohn und erkrankte am 24. Januar 1888 an heftiger Bronchopneumonie des linken Unterlappens, später auch der rechten Seite. Tod am 1. Februar 1888.

Fall 2. A. Ricò, Tochter der Vorigen, 25 Jahre alt, erkrankt am 29. Januar 1888 an rechtsseitiger krupöser Pneumonie — geheilt am 15. Februar 1888.

Fall 3. P. Ricò, Bruder der Vorigen, 31 Jahre alt, hat schon mehrmals Pneumonien durchgemacht und im Sommer in Toscana Malaria acquirirt, kommt am 31. Januar 1888 aus Toscana zu der todtkranken Mutter (Fall 1) an und erkrankt am 3. Februar an krupöser Pneumonie des linken Unterlappens — geheilt nach 14 Tagen.

B. Fall 4. P. Bigiarini, 20 Jahre alt, aus Serravalle, hat bereits 1886 eine Pneumonie und später Malaria überstanden, erkrankte am 12. Februar 1888 an linksseitiger Pneumonie — geheilt nach 15 Tagen.

Fall 5. Wittwe Meloni, 56 Jahre, öfter an Husten leidend, hatte den Vorigen besucht und erkrankte am 14. Februar an einer Bronchopneumonie rechterseits — allmähliche Besserung nach 20 Tagen.

Fall 6. E. Bigiarini, 56 Jahre, Mutter von Fall 4, hat oft an Bronchitis gelitten, erkrankt am 25. Februar an Bronchopneumonie — Heilung nach 25 Tagen.

C. Fall 7. L. Scortecci, 65 Jahre, Pfarrer in Serravalle, hat oft an Pneumonie und Bronchitis gelitten, ist durch seinen Beruf häufig mit Pneumonikern in Berührung gekommen, erkrankt Anfang März an Bronchopneumonie — langsame Heilung.

D. Fall 8. D. Donattini, 19 Jahre alt, aus Partina, Bauer, erkrankt am 12. März 1888 an genuiner Pneumonie des linken Unterlappens — geheilt nach 20 Tagen.

Fall 9. M. Donattini, 22 Jahr, Bruder des Vorigen, erkrankt am 20. März an rechtsseitiger, später auch an linksseitiger kruppöser Pneumonie — langsame Heilung.

Fall 10. A. Donattini, 24 Jahre alt, Bruder des Vorigen, erkrankt am 31. März an genuiner Pneumonie des rechten Unterlappens — geheilt.

E. Fall 11. L. Bruni, 65 Jahre alt, aus Partina, früher an Bronchitis leidend, erkrankt am 13. März an Bronchopneumonie — Tod am 21. März.

Fall 12. M. Bruni, 37 Jahre alt, Sohn des Vorigen, am 23. März rechts krupöse Pneumonie — geheilt.

Fall 13. G. Bruni, 33 Jahre alt, Sohn von Fall 11, erkrankt am 24. März an Angina phlegmonosa, nach Ablauf dieser an Bronchopneumonie — langsame Heilung.

F. im Anschluss an B.

Fall 14. A. Cipriani, 50 Jahre alt, aus Partina, besuchte seine kranke Schwester, Fall 5, erkrankt am 13. März an doppelseitiger krupöser Pneumonie — Tod am 18. März.

Fall 15. A. Galastri, Zimmergenosse von Fall 14, 17 Jahre alt, am 18. März krupöse Pneumonie des linken Unterlappens — geheilt.

Fall 16. A. Cipriani, 25 Jahre alt, Sohn von Fall 14, an Kyphose und Epilepsie leidend, erkrankt an krupöser Pneumonie des linken Unterlappens — geheilt nach 25 Tagen.

N. glaubt, dass diese Beobachtungen beweisend seien, einerseits für die Kontagiosität der Pneumonie, andererseits für die pathogenetische Identität der krupösen und der Bronchopneumonie. Die erstere befalle vorzugsweise junge und kräftige, die letztere dagegen meist ältere und schwache Individuen.

Kayser (Breslau).

16. Sonnenberger (Worms). Die specifische Behandlung des Keuchhustens mit Antipyrin.

(Therapeutische Monatshefte 1887. August. p. 363.)

S. tritt noch einmal warm für das Antipyrin bei der Behandlung des Keuchhustens ein. Er hält es für wichtig, dass das Mittel möglichst frühzeitig in Anwendung gezogen und längere Zeit (auch nach Aufhören der Anfälle noch 1 bis 2 Wochen) regelmäßig fortgebraucht wird. S. giebt durchschnittlich 3—4mal täglich eine Dosis von so viel Centigramm als das Kind Monate, so viel Decigramm als das Kind Jahre zählt. Die Kinder nehmen das Mittel mit reichlich Wasser und Himbeersaft vermischt, ganz gern.

S. steht nicht an, das Mittel als ein Specificum zu bezeichnen, da es 1) im Beginne gereicht häufig die Krankheit koupirt und unter der Form eines milden Bronchialkatarrhs verlaufen lässt, 2) die Anfälle entschieden seltener macht, 3) die Heftigkeit derselben mildert, 4) die Dauer der Erkrankung um ein Wesentliches abkürzt.

A. Freudenberg (Berlin).

17. Goetz. Note sur l'action de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

(Revue méd. de la Suisse 1888. No. 8.)

Verf. erpropte an 30 Phthisikern die Einwirkung der Fluorwasserstoffsäure auf tuberkulöse Lungenaffektionen nach der von Garcin und Seiler angegebenen Methode. Der Erfolg war der, dass bei allen Pat. sich der Appetit besserte und eine Zunahme des Körpergewichts bald zu verzeichnen war; letzteres nahm bei einzelnen Pat. um 10—16 Pfund zu. Die Schweiße ließen nach 5—6 Sitzungen

gewöhnlich nach. Ein Einfluss auf das Fieber konnte nicht konstatirt werden. Die meisten Pat. gaben an, dass im Inhalationsraum ihre Athmung leichter war. Der Auswurf wurde reichlicher und leichter löslich. Diarrhoen wurden nicht beeinflusst. Eine wesentliche Veränderung in den lokalen Lungenerscheinungen trat nicht ein; nur bei einem Pat. war eine erheblichere Besserung zu konstatiren.

Auf die Bacillen erwiesen sich die Inhalationen ohne Wirkung. Bei 2 Pat. trat in Folge der Einathmungen Hämoptoe auf. Trotz der geringen Erfolge glaubt Verf. die Fluorwasserstoffinhalationen empfehlen zu müssen.

Peiper (Greifswald).

18. **Driver.** Zur Kreosottherapie der Lungentuberkulose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 35.)

D. fasst seine Erfahrungen über die Kreosottherapie der Phthise in folgenden Sätzen zusammen. Das Kreosot wird meistens gut vertragen, wenn mit kleinen Dosen begonnen wird. Die Verabreichung in Mischung giebt weniger zu Klagen Anlass. Appetit und Verdauung werden günstig beeinflusst; das Fieber wird jedoch nicht unterdrückt. Mit Ausnahme einer bestimmten Gruppe von Fällen äußert die Kreosottherapie auf die Besserung der Lungenaffektion keinen anderen Einfluss, als derjenige ist, welcher durch die in Folge des Kreosotgebrauches eintretende bessere Ernährung hervorgerufen wird. Jene Ausnahmen betreffen die Fälle von Phthise, welche die sog. torpide Skrofulose zur Grundlage haben. Hier wird das Kreosot sehr gut in hohen Dosen und anhaltend vertragen. In allen anderen Formen von Phthise erwiesen sich die anfänglichen Besserungen von der Kreosottherapie ganz unabhängig und nicht von Dauer.

Peiper (Greifswald).

19. **Février et Chavier.** Déchirure du foie avec vaste épanchement sanguin péritonéal ayant simulé un hémothorax droit.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 37.)

Ein Soldat wurde von seinem sich überschlagenden Pferde mit der linken Seite der Brust gegen einen Baum geschleudert. Das Pferd blieb durch die Heftigkeit des Sturzes sofort todt. Der Mann war besinnungslos, hatte Urin unter sich gelassen, das Gesicht war blass, starke Dyspnoe kleiner Puls, Zähneknirschen. Die Sensibilität war normal. Es besteht Fraktur des mittleren Theiles der 3., 4. und 5. Rippe. Am Abdomen keine oberflächliche Verletzung, nirgends Druckempfindlichkeit, Leberdämpfung normal, Abdomen weich. Am Thorax rechts hinten unten zwei Finger breite Dämpfung, Respiration abgeschwächt. Es wurde eine Lungenruptur durch indirekte Veranlassung angenommen, in Folge dessen Hämothorax. In den nächsten Tagen ließ Pat. spontan Stuhl und Urin, der Bauch war stets weich, nicht schmerzhaft; die rechtsseitige Dämpfung dehnte sich schließlich bis zum Angulus omoplatae aus. Die rechte untere Seite des Thorax ist stark dilatirt. Die Dyspnoe steigerte sich und unter Temperatursteigerung etc. ging Pat. am 4. Tage nach der Verletzung zu Grunde. Leberdämpfung war stets normal. Bei der Obduktion fand sich in der linken Lunge wenig Bemerkenswerthes, in der rechten Pleurahöhle kaum $1/2$ Liter Flüssigkeit; das Diaphragma steht so hoch, dass die Pleurahöhle auf die Hälfte ihrer Ausdehnung reducirt ist. Im Abdomen viel Blut. Rechter Lappen der Leber zeigt einen 2 cm vom Lig. suspens. entfernten Riss durch die ganze Dicke der Lebersubstanz von 13 cm Länge. An dem hinteren Rande des Risses befindet sich eine umfangreiche mit Trümmern von Lebersubstanz etc. gefüllte Höhle. Wie ersichtlich, konnten oben geschilderte Symptome leicht den Eindruck eines rechtsseitigen Hämothorax erwecken. **G. Meyer** (Berlin).

20. **Meletti.** Diagnosi di colelitiasi sbagliata.

(Gazz. degli ospitali 1888. No. 69.)

Eine über 70 Jahre alte Frau litt seit 20 Jahren an Kolikanfällen, die im rechten Hypogastrium ihren Sitz hatten, und meist mit Erbrechen und Ikterus verbunden waren. Die Anfälle wurden mit der Zeit immer heftiger und trotzten

jeder Behandlung. Bei der Untersuchung der für ihr Alter kräftigen und wohlgenährten Frau zeigte sich in der Gallenblasengegend ein länglicher, beweglicher, elastischer Tumor, in welchem man bei Druck harte, rauhe Körper fühlte. Es wurde daher von Prof. Loreta die Diagnose auf Gallensteine gestellt und zum Zwecke der Exstirpation derselben die Laparotomie gemacht. Zur allgemeinen Überraschung fand man die Gallenblase ganz normal und klein unter der vergrößerten aber normalen Leber liegen. Dagegen zeigte sich im Ligam. suspensor. hepatis ein Loch, durch welches ein Theil des Pylorus und des Netzes durchgeschlüpft und abgeschnürt waren. Die Wand dieser Theile war verdickt und unverdaute Speisetheile zu fühlen. Loreta schnitt nun zwischen zwei Ligaturen die hintere Hälfte des Ligam. suspensor. durch und befreite so die eingeklemmten Eingeweide wieder. Die Wunde heilte per primam in kurzer Zeit und die Frau hat seitdem keinerlei Kolikanfälle mehr bekommen. **Kayser** (Breslau).

21. P. Pucci. Un caso di afasia motrice traumatica.

(Gazz. degli ospitali 1888. No. 63—65.)

Ein 14jähriger Knabe war — wie sich später herausstellte — am 15. August 1888 von seinem Meister mit einem Stock auf die linke Kopfseite geschlagen worden. Er war danach etwas betäubt, erholte sich aber rasch wieder und hatte außer Kopfschmerzen eine gewisse Schwierigkeit (Verlangsamung) beim Sprechen. Am 6. September hatte derselbe Knabe vom Meister einen Fußtritt in die linke Seite bekommen. Am Tage darauf stellte sich Schüttelfrost und Anschwellung der Parotis besonders auf der linken Seite ein. Am 11. September konstatirte P. eine ziemlich starke Parotitis und vollkommene Sprachlosigkeit. Die erstere besserte sich in wenigen Tagen, aber die Aphasie blieb fortbestehen. Der Kranke zeigte sonst keinerlei sensible oder motorische Störung, die Intelligenz war völlig intakt, er verstand jedes Wort, nur vermochte er kein Wort, keine Silbe zu sprechen, er brachte nur einige schreiende Töne hervor, und verständigte sich ausschließlich durch Zeichen.

Dieser Zustand dauerte 3 Monate, da fing der Knabe auf einmal wieder an zu sprechen, erst langsam, bald aber wieder in vollkommen normaler Weise.

P. glaubt, dass es sich um eine wirkliche motorische Aphasie traumatischer Natur gehandelt habe. Durch die Stockschläge auf den Kopf sei eine Commotio cerebri, insbesondere der dem Sprachcentrum entsprechenden Hirntheile hervorgerufen und die akute Parotitis hätte die Aphasie zum vollständigen Ausbruch gebracht. Den Verdacht auf Simulation glaubt P. durch den Hinweis widerlegen zu können, dass der Kranke ein 14jähriger Bauernjunge sei, der keine Ahnung von dem Symptom einer motorischen Aphasie haben könnte.

(Zur Verständigung mittels Zeichen ohne Sprache genügt aber doch wohl die Intelligenz eines Bauernjungen! Ref.) **Kayser** (Breslau).

22. Stephan. Paralysie faciale des nouveau-nés.

(Revue de méd. 1888. No. 7.)

Verf. berichtet über einen Fall von kongenitaler Facialislähmung, der von den bekannten Formen derartiger Lähmungen Neugeborener erheblich abweicht. Bei einer Frau von 32 Jahren besteht seit der Geburt eine vollkommene Paralyse des linken Facialis: völlige Ausdruckslosigkeit, Verstrichensein jeder Gesichtsfalte, Lagophthalmus, häufiger Thränenfluss, der Nasenflügel ist eingesunken, der Mund nach rechts verzogen. Pat. vermag weder zu schnüffeln noch zu blasen; die Lippenlaute werden etwas auffällig hervorgebracht. Die elektrische Erregbarkeit ist gänzlich aufgehoben, die linke Gesichtshälfte weniger entwickelt wie rechts. Außerdem besteht noch ein auffallendes Rechtsstehen der Uvula und des Velum palatin., ferner eine Herabminderung der Gehörsschärfe des linken Ohres auf $1/6$ des rechten. Sonst bestehen keinerlei Störungen; Pat. hat auch keinerlei subjektive Beschwerden (Essen und Trinken geht gut von statten). In Betreff der Ätiologie sind die bekannten Ursachen einer derartigen Paralyse, wie Druck des Forceps, fehlerhafte Beckenbildung, intraperitoneale Tumoren etc. hier auszuschließen. Pat. ist das 7. Kind von 8 Geschwistern, deren Geburt durchweg spontan und leicht

verlief. Die Mutter war gesund und es besteht keine neuropathische Belastung. Die Betheiligung des Velum, der Uvula und des Gehörs deuten auf eine tiefere Läsion. Die Litteratur dieser Fälle ist sehr gering[1]. Ihre Heilbarkeit ist im Gegensatz zu den anderen Formen ausgeschlossen. **A. Neisser** (Berlin).

23. Vollert. Über Succinimid-Quecksilber, ein neues Mittel zur subkutanen Injektion. (Aus der Universitätsklinik für Syphilis- und Hautkrankheiten von Prof. Dr. Wolff zu Straßburg i/E.)

(Therapeutische Monatshefte 1888. September.)

In der Wolff'schen Klinik wurde auf Empfehlung v. Mering's das Succinimid-Quecksilber zur Injektionstherapie bei Lues verwendet und zwar eine 1%ige wässrige Lösung des weißen Pulvers. Die Zahl der Injektionen schwankte zwischen 20 und 35. Ort der Injektionen war der Rücken, und zwar wurde die Nadel möglichst parallel der Haut eingeführt. Abscesse entstehen sehr selten und sind vorzugsweise auf mangelhafte Technik zurückzuführen, eben so ist Stomatitis selten. Hervorzuheben ist die geringe Schmerzhaftigkeit, die Beständigkeit des Präparates und dessen große Billigkeit. Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers wurden nicht gemacht. **Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

24. Felix Block. Dreitausend Fälle von Hautkrankheiten.

Breslau, **Köhler,** 1887 und Berlin, **Fischer's** medic. Buchhandlung, 1888.

B. giebt uns unter diesem Namen eine kurz gefasste klinische Analyse nebst therapeutischen Bemerkungen aller im Laufe von 2½ Jahren auf Prof. Köbner's Poliklinik behandelten Hautkrankheiten (mit Ausschluss der Syphilis). Wir erhalten eine dankenswerthe Übersicht über die Behandlungsmethoden, deren sich Herr Prof. Köbner in seiner poliklinischen Praxis zu bedienen pflegt. Die Krankheiten sind in der Publikation nach der Häufigkeit ihres Vorkommens geordnet und naturgemäß beginnt der Reigen mit dem Eksem, dessen Behandlung B. einer eingehenden Besprechung unterzieht. Da die Salben bei der Eksembehandlung als »Decksalben« zu wirken haben, so bevorzugt Köbner die indifferenten Salben. Die beste Salbengrundlage ist das gelbe Vaselin, die officinelle Paraffinsalbe wirkt entschieden häufig als Hautreiz. Das Lanolin hat bei Decksalben, deren Zweck ja Luftabschluss, nicht Resorption ist, keinen Vorzug vor dem Vaselin.

An zweiter Stelle folgt die Mycosis tonsurans, sie nimmt 10% der Fälle in Anspruch. Der Grund liegt in der mit den 80er Jahren in Berlin beginnenden epidemischen Ausbreitung derselben.

Die Versuche, die Psoriasis zu übertragen, welche unter Köbner's Leitung gemacht wurden, misslangen.

D. erwähnt einen Fall von einem Mädchen, welches an universeller Psoriasis litt und 8 Jahre hindurch mit ihrer Mutter in einem Bette zusammen geschlafen hatte, ohne dass letztere erkrankte. Von Herpes zoster sah B. zwei Fälle bei Kindern unter 10 Jahren. Bei einem 13 Jahre alten Knaben waren auch Bläschengruppen auf der Fußsohle zu konstatiren, was den Angaben Epstein's, wonach Zoster auf Handteller und Fußsohle nicht vorkäme, widerspricht.

In den meisten Fällen von Sycosis simplex ging die Krankheit von einem durch chronische Rhinitis verursachten Eksem der Oberlippe aus. Der Autor betont daher die Nothwendigkeit, die chronische Rhinitis zu behandeln, da sonst die Sycosis recidivirt.

Prurigo scheint in Berlin nach B.'s Statistik relativ selten zu sein. Bei der Behandlung der Alopecia areata geht Köbner von der Auffassung aus, dass es sich um eine nicht parasitäre, sondern um eine trophoneurotische Affektion handle. Köbner empfiehlt zur Behandlung seine Krotonpaste (Ol. crotonis 1,0, Ol. cacao, Cerae alb. āā 0,5), wovon ein stecknadelkopfgroßes Stückchen auf der kahlen Fläche verrieben wird. Selbst inveterirte Fälle kommen so noch zur Heilung. Die subkutanen Injektionen von Natr. arsenicos. wirken nach Köbner vorzüglich gegen

---

[1] Cf. das Referat der Roulland'schen Monographie in No. 2 p. 39 d. Centralbl.

Lichen planus, die Unna'sche Salbe hingegen bewirkt nach K. nur vorübergehende Linderung des Juckens. Unter »Carcinoma« finden wir einen Fall von Carc. ani et labii majoris bei einer erst 27 Jahre (!) alten Frau. Bei einer 12jährigen an Impetigo contagiosa leidenden Pat. wurde der Inhalt frischer Bläschen auf einen anderen Köpertheil überimpft, jedoch erfolglos. Köbner theilt weder die Meinung Pontoppidan's, dass Impetigo contagiosa mit akutem Pemphigus identisch sei, noch die Behrend's, dass es sich um eine Form von Mycosis tonsurans handle. Stets heilte die Affektion rasch bei indifferenter Therapie. B. berichtet über 5 Fälle von Onychatrophie und sieht die Ursache in einer allgemeinen Depression der Ernährung. Auch die bereits von Köbner selbst publicirten 3 Fälle von Epidermolysis bullosa hereditaria werden nochmals citirt, um den Einwand von Kaposi, dass es sich um eine Verwechselung mit Urticaria bullosa handle, zu widerlegen. (Es gelang nämlich Köbner durch Reibung der Haut der Pat., ohne Dazwischenkunft von Quaddeln direkt Blasen experimentell zu erzeugen.)

Von besonderem Interesse sind noch folgende Fälle:

1) Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica. Ähnliche Fälle haben Buchwald, Touton und Pospelow veröffentlicht.

2) Ein Fall von Cheiro-pompholix (Tilbury Fox), welcher schon zum 4. Male recidivirte.

3) Ein spontanes Keloid, dessen genaue Beschreibung wir leider nicht wiedergeben können.

4) Ein Fall von Xeroderma pigmentos. (Kaposi) bei einem 9jährigen Mädchen.

Nega (Breslau).

25. Oberländer (Dresden). Zur Ätiologie und Behandlung der Enuresis nocturna bei Knaben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 30 u. 31.)

O. empfiehlt, von der Ansicht ausgehend, dass die Enuresis nocturna stets durch Reflexreize in der Harnröhre oder an deren Mündungsstellen hervorgebracht wird, die forcirte Dilatation der hinteren Harnröhre und des Blasenhalses mittels seines (mit Gummiüberzug zu gebrauchenden) gekrümmten Dilatators. Er berichtet über 3 Fälle, von denen nach einmaliger Dilatation 2 (14jähriger und 7jähriger Pat.) geheilt, einer (4jähriger Pat.) gebessert wurde.

A. Freudenberg (Berlin).

26. A. Cramer (Freiburg). Untersuchungen über die Einwirkung einiger der gebräuchlichsten Schlafmittel auf den Verdauungsprocess.

(Therapeutische Monatshefte 1888. August. p. 359.)

C. untersuchte den Einfluss von Chloral, Paraldehyd, Amylenhydrat und Sulfonal auf die Wirkung 1) des Speichels, 2) des Magensaftes, 3) des Pankreassaftes, indem er künstliche Verdauungsversuche unter Zusatz jener Substanzen anstellte. Die Versuche führten ihn zu folgenden Resultaten:

1) Die diastatische Wirkung gemischten Mundspeichels wird durch Paraldehyd, Amylenhydrat und Sulfonal nicht beeinträchtigt.

2) Die fibrinverdauende Wirkung künstlichen Magensaftes wird durch sehr verdünnte Lösungen ($^1/_{80}$) jener vier Mittel nicht bemerkbar gestört; in koncentrirten Lösungen (1 : 20) verzögert Chloral, Paraldehyd und Amylenhydrat dieselbe deutlich, während über Sulfonal, welches sich in solcher Koncentration nur theilweise löst, ein bindender Schluss nicht zulässig ist.

3) Die fibrinverdauende Wirkung künstlichen Pankreassaftes wird durch Chloral und Paraldehyd stark, weniger durch Amylenhydrat, gar nicht durch Sulfonal beeinträchtigt.

A. Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonnabend, den 26. Januar. 1889.

1. **Elias Metschnikoff.** Über die phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen.

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. Hft. 1. p. 63.)

Als Einleitung zu dem eigentlichen Thema bringt der Verf. interessante Beobachtungen bezüglich des morphologischen Verhaltens des Tuberkelbacillus unter verschiedenen Lebensbedingungen. Eine Verlängerung der kurzen Stäbchenform zu langen dünnen Fäden wurde von ihm gelegentlich in tuberkulösem Sputum und in dem Milzsaft tuberkulöser Sperlinge gesehen. In Kulturen kommen oft Gestalten vor, welche sich durch kleinere Dimensionen auszeichnen, und zwar sowohl kurze, oft zu zwei vereinigte, abgerundete Glieder,

als auch fast kugelrunde, nur etwas ins Ovale übergehende Formen. Viel auffallender sind aber die in älteren Kulturen auftretenden sog. Involutionsformen, verzweigte mit seitenständigen Knospen versehene, an den Enden keulenförmig aufgetriebene Gebilde, welche übrigens vom Verf. nicht als Degenerationszustände gedeutet werden, sondern als Formen, die in den Kreis normaler Entwicklung der Bakterien gehören. Das oft gesehene Zerfallen der Tuberkelbacillen in einzelne durch ungefärbte Zwischenräume abgetrennte Körner ist dadurch bedingt, dass sich im Bacillus eine Reihe körnerartiger Reservestoffe bilden, welche (wie auch bei anderen Bakterien, z. B. Bact. megatherium) keine Anilinfarben aufnehmen. Diese nicht färbbaren Massen sind aber keine Sporen. Als Sporen sieht der Verf. kleine rundliche Körperchen an, welche sich stärker tingiren als der übrige Zellinhalt. Dieselben wurden von ihm oft in Kulturen und auch in Sputis gefunden; in kürzeren ovalen Gliedern fand sich regelmäßig nur je eine Spore, in stäbchenförmigen auch nur eine oder je zwei Sporen. Wegen des Formenreichthums hält der Verf. den Namen Bacillus tuberculosis für nicht stichhaltig, und schlägt vor, den Organismus Sclerothrix Kochii zu nennen. Ein Absterben einzelner Bacillen, wobei sie sich so verändern, dass sie im gefärbten Präparat blasser erscheinen, als die übrigen, oder dass sie die Kontrastfarbe annehmen, wird in älteren Kulturen häufig gefunden. Jedoch ist die Änderung der Tinktionsfähigkeit kein sicheres Zeichen für den Tod der Bacillen; künstlich durch Kochen getödtete Bacillen in Kulturen oder in tuberkulösem Eiter spontan abgestorbene zeigen oft dieselbe Tinktionsfähigkeit wie lebende.

Zur Erforschung des Verhaltens der Riesenzellen gegenüber den Bacillen im lebenden Körper bediente sich M. außer den gewöhnlichen Färbungsmethoden namentlich einer von Kühne angegebenen komplicirten Färbung (Hämatoxylin, Fuchsin, Auramin), bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss. Als Untersuchungsobjekt diente ihm leider ein Thier, welches wohl nur wenigen Forschern zum Zecke der Nachprüfung der Befunde zugänglich sein dürfte, nämlich der Ziesel (Spermophilus guttatus), welcher für das Tuberkelgift verhältnismäßig wenig empfänglich ist. Die Tuberkulose ist bei diesem Thier durch das massenhafte Auftreten von Riesenzellen in allen Organen charakterisirt. Diese Zellen entstehen nicht durch Verschmelzung mehrerer Epitheloidzellen, sondern aus Makrocyten durch eine eigenthümliche Modifikation mitotischer Kerntheilung, die »mitotische Knospung« der Kerne, welche ausführlich geschildert wird. Die fertige Riesenzelle ist wahrscheinlich amöboid beweglich und kann sich durch einfache Abschnürung weiter theilen. Die Riesenzellen nehmen Tuberkelbacillen in größerer Menge auf und die letzteren erleiden in dem Zellprotoplasma verschiedene degenerative Veränderungen. Eine mehr oder weniger große Zahl derselben verliert die Fähigkeit, die Fuchsinfärbung festzuhalten, sie erscheinen im gefärbten Präparat sehr blass oder mit der Kontrastfarbe gefärbt.

Derartige Bilder lassen aber immer den Einwand zu, dass die betr. Bacillen schon spontan abgestorben waren, ehe sie von den Zellen gefressen wurden. Für wichtiger, weil einwandsfrei, hält der Verf. eine andere Form degenerativer Veränderung, welche er viel häufiger und regelmäßiger an den aufgefressenen Bacillen beobachtet hat. Um die einzelnen Bacillen bilden sich zunächst farblose Kapseln, welche später, während die Bacillen selbst verschwinden, unter Zunahme ihrer Dicke einen gelblichen Farbenton annehmen und dann »wurstförmige«, höchst charakteristische Gebilde darstellen. Diese gelben Körper liegen zuerst noch isolirt im Inneren der Riesenzellen, verschmelzen aber später zu kompakten Massen, an welchen man keine Spuren der früheren Zusammensetzung mehr erkennt. Der Befund wird folgendermaßen erklärt: »Auf den Angriff seitens der Zellen gegen die aufgefressenen Bacillen secerniren die letzteren eine Hülle, welche sie schützen soll, aber durch die von der Zelle ausgeschiedenen Stoffe durchdrungen wird, wodurch der Bacillus abstirbt und die Hülle allmählich gelb und fest wird.« Ähnliche, wenn auch weniger scharfe Bilder von absterbenden Bacillen erhielt der Verf. auch in Riesenzellen aus den Halslymphdrüsen von Kaninchen, wenn die Thiere durch Impfung in die vordere Augenkammer tuberkulös gemacht worden waren.

Zwei sehr sauber ausgeführte Tafeln vervollständigen die Arbeit.

F. Neelsen (Dresden).

---

2. **P. Baumgarten.** Zur Kritik der Metschnikoff'schen Phagocytentheorie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

3. **C. Weigert.** Über Metschnikoff's Theorie der tuberkulösen Riesenzellen.

(Fortschritte der Medicin Bd. VI. Hft. 21.)

Zwei Arbeiten, deren Verf. sich mit aller Entschiedenheit gegen die M.'sche Theorie wenden. Da die beiden Aufsätze einander in gewissem Sinne ergänzen, mögen sie in einem Referat besprochen werden.

Der sehr ausführliche und gedankenreiche Aufsatz B.'s lässt sich in dem engen Rahmen nur unvollständig wiedergeben, wir müssen uns auf die Hervorhebung einiger Hauptgesichtspunkte beschränken. Nach Metschnikoff sollte seine Theorie ganz streng auf den Principien der Entwicklungstheorie beruhen und auch mit der Cellularpathologie übereinstimmen. Während B. das Erstere zuzugestehen geneigt wäre, wenn die phagocytäre Thätigkeit der Leukocyten in den höheren Thieren nicht nur überhaupt nachgewiesen, sondern gerade für gewisse Krankheitsvorgänge und bestimmte Krankheitsursachen durch die Beobachtung festgestellt worden wäre, betont er gegenüber der zweiten Behauptung Metschnikoff's, dass dessen Lehre zwar mit dem Wortlaut der Cellularpathologie nicht im Wider-

spruch stehe, aber dem Geiste derselben nicht entspreche. Die Annahme, »dass die eine Schädigung von sich abwehrende und, wenn sie eingetreten, sie beseitigende Thätigkeit der einzelnen Zellen und der zu Organen verbundenen Gruppen diesen abgenommen und einer bestimmten Klasse von Zellen, den Leukocyten, übertragen wird, dass sie es sind und sein sollen, welche den Kampf für die Gesammtheit der anderen übernehmen, dass mit ihrem Sieg und durch ihren Sieg die Gesundheit, mit ihrer Niederlage und durch dieselbe der Tod — der örtliche oder allgemeine — in den Infektionskrankheiten entschieden wird« — — »ist nicht im wahren Geiste der Cellularpathologie erfunden«.

Ferner wendet sich B. gegen den von Metschnikoff mit Vorliebe gebrauchten Ausdruck des »Kampfes« der Leukocyten gegen die Krankheitserreger. Was der Leukocyt leistet, hat seinen bestimmenden Grund in seiner verdauenden Thätigkeit. »Einen Anfang des Kampfes können wir in der Sporenbesiedelung durch den Leukocyten (bei der Daphnienkrankheit) nicht konstatiren, weder den eines gegenseitigen, noch den eines einseitigen, überhaupt nicht den Charakter eines Kampfes in dem Verhalten der Leukocyten zu den Sporen erkennen. Wenn die Leukocyten die Sporen auflösen und verdauen, so vertheidigen sich die Sporen nicht, und wenn die Sporen in einer geringen Zahl von Fällen zur Entwicklung kommen, so geschieht dies nicht durch ihr Überwinden der Leukocyten, sie retten sich auch nicht einmal durch die Flucht, sie entwickeln sich, weil sie von den Leukocyten nicht berührt werden; ein einseitiger Kampf der Leukocyten gegen die Sporen wird aber nicht geführt, nur eine Arbeit von ersteren an letzteren geleistet, wie bei jedem Verdauungsvorgange von den die Verdauung besorgenden Zellen an der Nahrung. Die verdauenden Zellen des Huhnes kämpfen nicht gegen das Gerstenkorn — — sie leisten einfach eine Arbeit«. B. betont besonders, dass selbst nach der Auffassung Metschnikoff's von dem Vorgange als eines Kampfes, die Infektion nicht in diesem Kampfe bestehe. »Denn ohne dass der Leukocyt die Spore irgend wie berühre, ist durch das Eindringen der letzteren in die Leibeshöhle die Infektion bereits vollendet. Und eben so wenig besteht die Krankheit in dem Kampf zwischen den beiden, denn sie besteht in der Gesammtheit der von der Norm abweichenden Lebenserscheinungen.«

Wenn nach Metschnikoff das Bild des Rothlaufprocesses durchaus mit der Forderung der Phagocytenlehre harmonirt, hält B. dem entgegen, dass eine heilende Wirkung der Leukocytenthätigkeit im Erysipel weder durch Metschnikoff's eigene, noch durch andere Untersuchungen bewiesen sei, dass vielmehr das Erysipel ohne Leukocytenhilfe zur Heilung sich anschicke. Bei dem Anthrax muss Metschnikoff, um die Unwirksamkeit der Phagocyten im erwärmten Frosch zu erklären, zu der unbewiesenen Hypothese seine Zuflucht nehmen, dass die Bacillen in der Wärme durch

Flüssigkeitsabsonderung die Leukocyten von sich abhielten. B. führt gegen die Metschnikoff'schen Untersuchungen eigene an mit folgenden Resultaten: »1) In den gegen Anthrax sich refraktär verhaltenden Tauben werden von den Leukocyten nur einige wenige Bacillen aufgenommen; die große Masse derselben stirbt spontan ab, unter denselben morphologischen und tinktoriellen Erscheinungen, wie solche in den dem spontanen Absterben in destillirtem Wasser überlassenen Anthraxbacillen beobachtet werden. 2) In Fröschen — kalten, erwärmten, erhitzten — findet eine relativ reichliche und zwar dem Grade nach im Ganzen ziemlich gleiche, niemals aber, auch im kalten Frosch, nur entfernt hin vollständige Aufnahme der injicirten Bacillen durch die Leukocyten statt, ein Beweis, dass die Phagocyten nicht die Ursache des Ausbleibens der Milzbranderkrankung des kalten Frosches sein können, und dass die größere Erwärmung nicht eine Hemmung der Aufnahme der Bacillen durch eine Steigerung der Giftabsonderung liefert; ferner, der Frosch bietet in dem Maße einen günstigeren Boden der Entwicklung der Bacillen, in welchem er und wahrscheinlich auch der Bacillus durch die Wärme beeinflusst wird.«

Bezüglich der Metschnikoff'schen Angaben über Febris recurrens bringt B. keine eigenen dieselben direkt widerlegenden Beobachtungen. Er beschränkt sich darauf, die innere Unwahrscheinlichkeit der Metschnikoff'schen Annahme, dass die Milzphagocyten von den Blutleukocyten trotz morphologischer Übereinstimmung verschieden seien, hervorzuheben, und hält den Einwurf, dass die Spirillen erst absterbend in die Milz gelangen (mit Recht! Ref.), durch Metschnikoff's Experimente nicht für widerlegt. Eine wissenschaftlich verwerthbare Theorie der Recurrens ist auch durch Metschnikoff's Phagocytenlehre nicht gewonnen. —

W.'s Arbeit wendet sich gegen die (von B. noch nicht berücksichtigten) Angaben Metschnikoff's über phagocytäre Zellthätigkeit bei der Tuberkulose.

Nach Metschnikoff sollten es die Riesenzellen des Tuberkels sein, welche die Bacillen vernichteten. Die für diese Theorie angeführten Befunde an den in Riesenzellen eingeschlossenen Bacillen — wenig tingirbare Stäbchen, solche, die die Kontrastfarbe annehmen, und eigenthümlich wurstförmige, hyaline Gebilde, die in ihrem Centrum Bacillenreste einschließen — werden von W. anders gedeutet. Die schwach tingirbaren Stäbchen sind wahrscheinlich physiologisch gealterte, die, welche die Kontrastfarbe annehmen, sind eher als ganz junge, neugebildete, denn als abgestorbene anzusehen und die Bildung der hyalinen Körper kann eben so gut durch partielle hyaline Gerinnung des Zellprotoplasma, wie durch eine unter der phagocytären Thätigkeit der Riesenzelle auftretende Änderung der Bacillenhülle erklärt werden. Die pathologisch histologische Erfahrung spricht überhaupt eher dagegen, dass der Untergang der Tuberkelbacillen durch eine so direkte Lebensthätigkeit der Körperzellen zu Stande

kommt. Nicht die schwachen Zellen alternder Individuen, sondern die lebenskräftigen Zellen von Kindern und jungen Leuten fallen der Tuberkulose vorzugsweise zum Opfer. Nicht das zellreiche Gewebe der Lymphdrüsen, sondern die zellarme Kapsel derselben setzt dem Fortschreiten der Tuberkulose ein Ziel, oft erst nachdem alle Zellen der Drüse zerstört, also die »kampfbereiten Elemente« nicht mehr vorhanden sind. Die stets von Leukocyten durchwanderten Darmfollikel sind Lieblingssitz der Tuberkulose etc.

Bezüglich der Bedeutung der Riesenzellen hält W. an seiner schon früher ausgesprochenen Theorie fest, dass sie durch unvollständige Theilung einer Zelle bei theilweiser Verkäsung des Protoplasma entstehen. Die Metschnikoff'sche Beobachtung, wonach die multiplen Kerne der Riesenzellen nicht durch Karyokinese, sondern durch direkten Kernzerfall sich bilden, spricht nicht gegen, sondern für diese Ansicht. (Eben so wie die experimentelle Beobachtung von Chabry, dass die Eizellen von Ascidia aspersa unter dem Einfluss eines bestimmten Druckes nur die Kerne, nicht das Protoplasma theilen, also Riesenzellen bilden.) Die angebliche amöboide Beweglichkeit der Riesenzellen hat Metschnikoff nur aus gehärteten Präparaten geschlossen, nicht im Leben beobachtet; gerade das Fortbestehen der Fortsätze im todten Organ spricht gegen ihre amöboide Beschaffenheit; sie müssten beim Tod der Zelle eingezogen werden. Die scheinbare Theilung der Riesenzellen durch Abschnürung erklärt W. als die mechanische Zugwirkung des die Riesenzellen umgebenden wuchernden Gewebes. F. Neelsen (Dresden).

---

4. Piotrowski. Untersuchungen über die Innervation der Blutgefäße. (Badania nad unerwieniem naczyń.) (Aus dem physiol. Institut des Prof. Cybulski in Krakau.)

(Przegląd lekarski 1888. No. 8 u. 9. [Polnisch.])

Im Anschluss an seine früheren Untersuchungen (s. Centralbl. f. klin. Med. 1888 No. 21), betreffend den N. lingualis, behandelt Verf. in vorliegendem Aufsatze den Einfluss der Wärme und Kälte auf den Hypoglossus.

Die Resultate lassen sich dahin resumiren:

1) Die Zeit der latenten Reizung beträgt bei gewöhnlicher Temperatur etwa 1 Sekunde; beim Erwärmen der Zunge wird sie kürzer, bei Abkühlung bedeutend länger. 2) Die maximale Gefäßverengerung tritt im Verhältnis zur gewöhnlichen Temperatur bei der Abkühlung später, beim Erwärmen früher auf. 3) Beim Erwärmen kehren die Gefäße zu ihrem primitiven Zustand früher zurück, als bei gewöhnlicher Temperatur, bei der Abkühlung später, Stärke und Zeit der Reizung gleich genommen. 4) Beim Erwärmen wird die Welle höher, respektive tiefer, bei Abkühlung flacher und niedriger, was wahrscheinlich von der Gefäßmuskulatur abhängt. 5) Ein ein-

ziger Stromschlag ruft schon Gefäßverengerung hervor. 6) Bei längerer Reizung hält die Gefäßverengerung ca. 25 Minuten an.

Smoleński (Krakau-Jaworze).

---

5. **O. Silbermann.** Über intravitale Blutgerinnungen, hervorgerufen durch toxische Gaben gewisser Arzneikörper und anderer Substanzen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. p. 504.)

Von der Beobachtung ausgehend, dass gewisse Substanzen, z. B. lackfarbenes und fremdartiges Blut, je nach der Art und Menge der Einverleibung bald tödliche Thrombose, bald tödliche Hämoglobinurie hervorrufen, prüfte Verf., ob nicht etwa diejenigen Agentien, welche bisher nur als Hämoglobinurie erzeugende bekannt waren, ebenfalls intravitale Blutgerinnungen bewirkten. Die Entscheidung dieser Frage könnte vielleicht für das Verständnis der Entstehung mancher Thrombenbildung und für die Erklärung mancher Krankheitserscheinung bei Vergiftungen werthvoll werden.

Verf. fand bezüglich des Natrium chloricum, Glycerin, Toluylendiamin und Pyrogallussäure die Annahme der thrombosirenden Eigenschaft bestätigt. Thiere, welchen Blut der mit Natr. chloricum vergifteten Hunde intravenös injicirt wurde, starben gleichfalls in Folge ausgedehnter Thrombosen.

Konstant fanden sich Kapillarthrombosen, welche Verf. dadurch nachwies, dass er den erkrankten Thieren Indigkarmin u. dgl. in die Blutbahn injicirte und dann feststellte, dass gewisse Bezirke der Organe von dieser Selbstinjektion verschont geblieben waren.

Verf. prüfte in gleicher Weise Arsen- und Phosphorwirkung und wirft die Frage auf, ob nicht gewisse klinische Erscheinungen der Vergiftungen mit diesen Körpern auf zahlreiche kleine Gefäßverstopfungen zurückzuführen sind.

Ausführliche Mittheilungen sind in Aussicht gestellt.

von Noorden (Gießen).

---

6. **Baginsky.** Über Gährungsvorgänge im kindlichen Darmkanal und die Gährungstherapie der Verdauungskrankheiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 20 u. 21.)

Die vorliegenden Untersuchungen des Verf. bezweckten zunächst eine Nachuntersuchung der bekannten bakteriologischen Studien von Escherich über die Bakterien in den Fäces von Kindern, hauptsächlich über das Vorkommen des Bacterium lactis aërogenes und des Bact. coli commune. Während Verf. im Allgemeinen die Erfahrungen von E. über die bakteriologischen Eigenschaften derselben bestätigen konnte, gelangte er bezüglich der chemischen Wirkungsweise des Bact. lactis aërog. zu anderen Resultaten: Er konstatirte nämlich, dass dasselbe den Milchzucker unter Bildung von vorwiegend Essigsäure vergähre, dass hierzu die Zufuhr atmosphärischer

Luft gleichgültig sei und Gallenbestandtheile die Gährung nicht beeinträchtigten; es verwandelt ferner neutrales milchsaures Salz in buttersaures, hat keine saccharificirende Wirkung auf Amylum und bei Einwirkung auf Amylum entsteht Essigsäure nur bei Gegenwart von Sauerstoff. Auf Grund dieser hauptsächlichsten Eigenschaften des Bact. lactis aërog. möchte Verf. dasselbe lieber Bacterium aceticum nennen. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Sauerdiarrhöen von Kindern kultivirte Verf. fernerhin eine weiße Bakterienart, die vielleicht als das ätiologische Moment dieser Erkrankung anzusehen ist und die bei gleichzeitiger Verimpfung mit dem Bact. aceticum auf milchzuckerhaltige Gelatine nicht zur Entwicklung kommt, sondern von letzterem vernichtet wird. Es folgt hieraus, »dass die gewaltsame antibakterielle Behandlung, selbst wenn sie so erfolgreich in der Abtödtung von Keimen wäre, wie sie es nicht ist, unter Umständen schaden kann, weil sie in den selbstthätigen Vernichtungskampf der verschiedenen Bakterienformen eingreift«.

Mit Recht weist Verf. alsdann darauf hin, dass bei den dyspeptischen Krankheiten der Kinder die Gährungsvorgänge nicht allein an und für sich das schädliche Agens sind, sondern dass diese auch die Drüsensekrete des Darmkanals, die resorbirenden, bewegenden und empfindenden Organe der Darmwand beeinflussen, und dass es im Verlaufe der Krankheit auch zu anatomischen Läsionen der Darmwand komme, mit denen bei der Beurtheilung der Erkrankung und deren Behandlung gleichfalls gerechnet werden müsse. Essigsäuregährung und anatomische Veränderungen der Darmwand lassen sich recht gut in Einklang mit einander bringen; denn wenn auch die normale Entwicklung von Essigsäure günstig auf etwa vorhandene deletäre Keime wirkt, so kann doch ein geringes Übermaß schon die physiologische Wirkung der Darmsäfte hindern, eine gesteigerte Peristaltik bewirken, durch reichliche Gasansammlung kolikartige Anfälle hervorrufen und Alles dies zusammen führt dann katarrhalische Zustände der Darmschleimhaut herbei, unter deren Einfluss die Erscheinungen des Darmkatarrh auftreten können; schließlich stirbt das Bact. acet. unter der Einwirkung der übermäßig gebildeten Essigsäure selbst ab und auf der katarrhalisch afficirten Schleimhaut können sich nun andere Bakterien entwickeln, besonders unter dem Einfluss der wiederhergestellten alkalischen Reaktion im oberen Darmabschnitte. So erklären sich auch die zwei Phasen der Gährung im Darmtractus, die saure und alkalische Gährung und je nach dem Stadium, mit dem man es zu thun hat, muss auch die Behandlung eine verschiedene sein, obgleich auch der Verf. die Schwierigkeiten nicht verkennt, die sich der Diagnose, ob man es mit der sauren oder alkalischen Gährung zu thun habe, entgegenstellen; in dieser Beziehung glaubt Verf. der Untersuchung des Harns, besonders der quantitativen Bestimmung der Ätherschwefelsäuren, der Indoxylausscheidung, vielleicht auch der Acidität des Harns und im weiteren Verlaufe zur Diagnose der Veränderung der Darmwand, der Beschaffen-

heit der Ausleerungen und dem klinischen Verlaufe Aufmerksamkeit schenken zu müssen. Bei der Auswahl der Medikamente muss diesen verschiedenen Phasen des Krankheitsprocesses Rechnung getragen werden und im ersten Stadium die Wirkungsweise der einzelnen antibakteriellen Mittel gegenüber den verschiedenen Formen der Gährung festgestellt und danach die Auswahl getroffen und im weiteren Verlaufe müssen die Mittel in Anwendung gezogen werden, welche direkt auf die Darmschleimhaut wirken, so die Adstringentien, Mittel, welche die Sekretion und die Wirksamkeit der Verdauungssäfte beeinflussen etc. Verf. verwirft also die ausschließliche antibakterielle, wie überhaupt jede einseitige Behandlung bei den Verdauungskrankheiten der Kinder. **Goldschmidt** (Nürnberg).

---

7. **Muneo Kumagawa** (Tokio). Über die Wirkung einiger antipyretischer Mittel auf den Eiweißumsatz im Organismus. (Aus dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts in Berlin.)

(Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie Bd. CXIII. Hft. 1. p. 134.)

Angeregt durch die widersprechenden Resultate, welche verschiedene Autoren bei ihren Experimenten mit Fiebermitteln (Chinin, Benzoesäure, Salicylsäure etc.) erzielten, nimmt Verf. die Frage nach dem Eiweißumsatz im Organismus unter dem Einflusse von Antipyreticis wieder auf und fasst das Ergebnis seiner zahlreichen exakten Untersuchungen an Hunden dahin zusammen:

1) Das benzoesaure Natron steigert die Eiweißzersetzung im Mittel um 2—5% (im Maximum um 19—22%); die Wirkung ist stärker bei ungenügender Ernährung. Von der resorbirten Benzoesäure erschien beinahe die Hälfte als Hippursäure, die andere Hälfte unverändert als Benzoesäure im Harn wieder.

2) Reine Benzoesäure bewirkt gleichfalls eine vermehrte Eiweißzersetzung, welche im Mittel 6—8% (im Maximum 17—20%) über den normalen Umsatz beträgt; die freie Säure wirkt scheinbar etwas stärker, als ihr Natriumsalz. Die Benzoesäure wirkt antiseptisch im Darme, wie die Herabminderung der Zahl der Darmbakterien bei Kulturversuchen auf $^1/_6$ ergab. Die reine Benzoesäure wird vollkommen resorbirt und erscheint zur Hälfte als Hippursäure, zur anderen Hälfte unverändert im Harn wieder.

3) Das salicylsaure Natron steigert die Eiweißzersetzung im Mittel um 10,6—13,4% (im Maximum um 19,8—21,3%), ferner in gleicher Weise die Harnsäureausscheidung im Mittel um 31—45,6% (im Maximum um 57—75,4%). Es vermehrt die sogenannten reducirenden Substanzen, ferner den Schwefel und die Gesammtschwefelsäure im Harn. Bei allen diesen genannten Ausscheidungen folgt nach dem Gebrauch des salicylsauren Natrons eine dauernde Verminderung derselben in der Nachperiode, welche die vorhergehende Plus-

ausscheidung kompensirt. Eine antiseptische Wirkung im Darme entfaltet das Salz nicht.

4) Salol vermehrt den Eiweißzerfall um 19% im Mittel (und um 41% im Maximum), es wirkt giftig in Dosen von 0,109 g pro kg Körpergewicht, nicht nachweisbar antiseptisch auf die Darmfäulnis; die giftige Wirkung des Salols beim Hunde scheint von der von ihm abgespaltenen Salicylsäure abzuhängen.

5) Antifebrin erzeugt in kleinen Dosen (2—3 g pro die) keine Steigerung, wohl aber bei Gaben von 4—5 g pro die und zwar im Mittel um 30,8—35,7% (im Maximum um 77,7—78,8%). Der Verlust an Eiweiß wird wie bei dem Natr. salicyl. in den Tagen der Nachperiode wieder kompensirt. Das innerlich eingenommene Antifebrin wird vollständig vom Darme resorbirt und als Paramidophenolschwefelsäure im Harn ausgeschieden. Antifebrin wirkt stark antiseptisch, unter seiner Anwendung sank die Zahl der Darmbakterien auf $^{1}/_{37}$ der normalen Anzahl, ein Blasenkatarrh wurde günstig beeinflusst.

6) Das Chinin wirkt allen bisher genannten Antipyreticis entgegengesetzt, denn es verzögert nicht nur den Stoffwechsel, sondern schränkt ihn ein (Prior, Kerner, Ranke). Die Stickstoffabnahme betrug während des Chiningebrauches 8,5—16,1%, die der Harnsäure 13—50% der normalen Ausscheidung.

7) Das Antipyrin alterirt die Gesammtstickstoffausscheidung im Harn nicht, vermehrt aber die Harnsäureausscheidung um 65,2% im Mittel; es wird gut vertragen und schnell durch den Harn ausgeschieden.

8) Das Thallinum sulfuricum erhöht den Eiweißzerfall um 6,6% im Mittel, um 25,8% im Maximum; es wird schnell resorbirt und schnell an Schwefelsäure gebunden durch den Harn wieder ausgeschieden.

Von allen genannten Antipyreticis nimmt das Chinin eine Ausnahmestellung ein, denn es beschränkt die Zersetzung des Eiweißes und die Bildung der Harnsäure. Am nächsten in der Wirkung steht ihm das Antipyrin, das selbst in großen Dosen den Eiweißzerfall nicht steigert, wohl aber die Harnsäureausscheidung beträchtlich vermehrt. Die Ansicht von Binz, dass das Chinin in den von infektiösen Fermenten zu krankhafter Thätigkeit gereizten Zellen den Zerfall des Eiweißes und die Oxydationen etwas einschränkt, auch auf die übrigen genannten Antipyretica zu übertragen, vermag Verf. nach den von ihm bei normalen Stoffwechselvorgängen erhaltenen Resultaten nicht, wenn gleich er zugiebt, dass im Fieber der Stoffwechsel in den krankhaft afficirten Zellen sich anders vollziehe, als unter normalen Verhältnissen. Es braucht nicht hervorgehoben zu werden, dass Verf. an gesunden Hunden operirte und Dosen verabreichte, die durchaus gut vertragen wurden. Rönick (Berlin).

8. **v. Basch.** Über Lungenschwellung bei der kardialen Dyspnoe des Menschen.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 26 u. 27.)

Das Thierexperiment hat nachgewiesen, dass in Folge kardialer Dyspnoe die Lunge anschwillt und starr wird. v. B. untersuchte, ob die Lunge des Menschen bei kardialer Dyspnoe größer wird und ob diese Vergrößerung auf einer erektilen Schwellung der Lungen beruht. Die Art der Lungenerweiterung, die auf der erektilen Ausweitung der Lungenalveolen durch die stärker gespannten Lungenkapillaren beruht, nennen wir mit v. B. Lungenschwellung. Die Versuche erstreckten sich auf die Prüfung des Verhaltens der Lungen und des Blutdruckes während der Dyspnoe, welche beim Menschen durch körperliche Anstrengung entsteht. Die Aufgabe, eine annähernd konstante Muskelarbeit in den Versuch einzuführen, ermöglicht der Gärtner'sche Ergostat, dessen Zahl der Umdrehungen, multiplicirt mit der Größe des angehängten Gewichtes, ein genaues Maß für die geleistete Arbeit giebt. Die Lungenveränderungen wurden perkutorisch in der Parasternallinie, die Blutdruckbestimmungen an der Radialis kontrollirt. Die Versuche zeigen, dass in Folge der Arbeit am Ergostaten ausnahmslos der Lungenrand nach abwärts geht, im Mittel um 2,8 Centimeter. Da akutes Emphysem und akute Lungenblähung auszuschließen sind, so kann die Volumszunahme nach v. B. nur in der Lungenschwellung liegen. Der arterielle Blutdruck ist während der Bewegungsdyspnoe fast immer und manchmal ganz beträchtlich gesteigert, um so beträchtlicher dann, wenn man durch rasche Umdrehungen des Ergostaten ausgiebige Dyspnoe erzeugt. Aus dieser Erhöhung des arteriellen Druckes darf man auf eine gleichzeitige Erhöhung des Druckes in der Pulmonalarterie schließen, wodurch allein schon ein Entstehungsgrund für die Steigerung des Druckes in den Alveolarkapillaren, also ein solcher für die Ausbildung der Lungenschwellung resultirt. So lange allerdings nur der Druck in der Pulmonararterie erhöht ist, braucht es noch nicht zu einer bedeutenden Schwellung zu kommen, die letztere hängt zumeist von dem Druck in den Alveolenkapillaren ab, welcher nicht beträchtlich anzuwachsen braucht, so lange als das Blut aus den Lungen ungehindert abfließen kann. Der Kapillardruck muss aber beträchtlich wachsen, da dem Abströmen des Blutes aus den Lungen ein Hindernis erwächst durch die Insufficienz des linken Ventrikels. v. B. schließt, dass aus der Analogie der experimentellen kardialen Dyspnoe die Bewegungsdyspnoe als eine kardiale Dyspnoe bezeichnet werden müsse, da beiden dasselbe Merkmal der Lungenschwellung zukommt. Die geschwellte Lunge giebt für sich einen Grund für die Dyspnoe ab. Wichtig ist auch die Thatsache, dass arterielle Blutdruckerhöhung durch angestrengte Muskelarbeit zu Stande kommt, welche Drucksteigerung für die Vermehrung der Arbeit des linken Ventrikels und möglicherweise für die Insufficienz desselben die Ursache abgiebt.

Prior (Bonn).

9. Thouvenet. Contribution à l'étude de l'hypertrophie du coeur et de l'artério-sclérose dans les maladies de l'appareil urinaire.

Thèse, Paris, 1888.

T. fand bei der Obduktion einer Reihe von Fällen von Erkrankungen des Urogenitalapparates Hypertrophie des linken Ventrikels, so bei Carcinoma uteri, bei primärem Blasenkrebs, bei primärer Nierentuberkulose mit cystischer Degeneration, bei eitriger Pyelonephritis. In der Litteratur finden sich Beschreibungen von Hypertrophie des linken Herzens bei Verengerung der Ureteren, Prostatahypertrophie etc. Verf. giebt eine ausführliche Schilderung von 24 derartigen Erkrankungen (darunter 5 von ihm selbst beobachtete), auf Grund deren er über die Hypertrophie des linken Ventrikels bei Affektionen des Tractus urogenitalis bemerkenswerthe Schlussätze aufstellt, denen Folgendes zu entnehmen ist: Bei chronischer interstitieller Nephritis ist Hypertrophie des linken Ventrikels regelmäßig vorhanden; bei den anderen Formen des Morbus Brightii ist sie sehr häufig; bei allen anderen Nierenaffektionen, sowohl primären wie sekundären, tritt sie unter bestimmten Bedingungen auf. Alle diese Erkrankungen machen eine gewisse Anzahl von (anatomischen) Nierenelementen sekretionsunfähig und zwar in verschiedener Weise. Die primären akuten oder chronischen Entzündungen der Nieren beginnen fast stets mit einer Veränderung der Epithelzellen. Die anderen Nierenerkrankungen zerstören das Parenchym, indem sie an dessen Stelle treten (Krebs, Tuberkulose etc.), oder durch sekundäre Nephritis (eitrige Pyelonephritis), oder durch Hinderung der Urinabsonderung (Steine oder Kompression der Ureteren etc.). Unmittelbare Folge der Nierenerkrankung ist Änderung der Beschaffenheit und Menge des Urins. Die Menge wird proportional der Anzahl der zerstörten Harnkanälchen verringert. Der nicht ausgeschiedene Urin bleibt im Blut und vermehrt die Menge dieses. Daraus folgt eine Verstärkung der Arterienspannung, welche für Herz und Gefäße Vermehrung der Arbeit, damit Hypertrophie des linken Ventrikels und der Muscularis der kleinen Arterien bedingt. Hierdurch wird die Nierenaffektion kompensirt, da das Blut in größerer Menge und schneller in den gesunden oder weniger afficirten Glomerulis cirkulirt und diese Hypersekretion eine Zeit lang den Ausfall der Sekretion in den zerstörten Glomerulis ersetzt. Nach einiger Zeit ermüden jedoch Herz und Gefäße, indem die Nierenerkrankung immer mehr von dem Sekretionsgebiet ergreift. Diese Arbeitsvermehrung wird Sklerose in den hypertrophischen Geweben setzen, die in den kleinen Arterien beginnt, und zwar derjenigen Organe, deren Kreislauf noch der vollkommenste war, d. h. von Nieren und Herz. Der Typus für diese Sklerosen ist die chronische interstitielle Nephritis; bei anderen Nierenaffektionen haben sie verschiedene Ausdehnung, die sich nach der Länge ihres Bestandes richtet, wo-

durch sie sich unterscheiden. Die für die Entwicklung der Hypertrophie des linken Ventrikels nöthigen Bedingungen hängen ab vom Alter, der Dauer der Affektion, und dem Allgemeinbefinden des Pat. Da die chronische interstitielle Nephritis diese alle erfüllt, findet man fast immer dabei die Hypertrophie des linken Ventrikels und Arteriosklerose. Bei den anderen Nierenkrankheiten kommen diese Veränderungen nur dann vor, wenn genannte Bedingungen mehr oder weniger erfüllt sind.

G. Meyer (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **A. Münch.** Actinomycosis hominis.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1888. No. 8.)

Schlussbericht über den im vorigen Jahrgange desselben Journals mitgetheilten Fall (vgl. d. Bl. 1887 p. 795). Es handelte sich um die »thoracale« Form der Aktinomykose bei einem möglicherweise durch einen kranken Stier inficirten jungen Mann. Nach Entleerung eines pleuritischen Exsudates war starke Auftreibung der Rippen, paracostale Eiterung entstanden; Incision und Auskratzung hatte nur unvollkommenen Erfolg. Pat. fing an zu husten, und im Auswurfe fand sich Aktinomyces. Es bildeten sich nun zahlreiche weitere Abscesse am Rumpfe, später fast am ganzen Körper; dieselben wurden theils chirurgisch behandelt, theils brachen sie von selbst auf, entleerten charakteristischen Eiter und hinterließen fistulöse Geschwüre. Unter Anämie und Ödem ging Pat. etwa 3 Jahre nach Beginn seines Leidens zu Grunde. Die Sektion (Prof. Roth) ergab: rechtsseitige aktinomykotische Pleuritis und Parapleuritis, kommunicirend mit einem Bronchus; Aktinomykose der Intercostalmuskeln und der benachbarten Haut, des prävertebralen Zellgewebes, der Wirbelsäule, des Herzbeutels und des Myocards mit Wucherung in die Herzhöhlen und in die Vena coronaria cordis. Aktinomykotische Herde in den Lungen, den Muskeln, im rechten Hoden und in der Submucosa des Jejunum. (Interstitielle chronische Hepatitis.)

Sehr wahrscheinlich handelte es sich um einen primären aktinomykotischen Herd in den Lungen, welcher der Oberfläche nahe lag und zunächst zu Pleuritis führte. Von der Pleura aus verbreitete sich der Process auf die Muskulatur und Haut des Thorax, das Mediastinum, die Wirbelsäule etc. Die Affektion des Herzens ist jedenfalls durch direktes Übergreifen der Pilzwucherungen vom Mediastinum auf das Pericardium zu erklären, nicht durch den Blutstrom von der Lunge her. Dagegen sind vom Herzen aus, nachdem dieses erst einmal ergriffen war, wohl sicher Embolien in verschiedenen Organen (entfernten Theilen der Körperoberfläche und Muskulatur, Hoden, Jejunum) erfolgt. Das Gehirn war frei, eben so die großen Drüsen des Unterleibes. Auch in den Lymphdrüsen der erkrankten Gebiete fanden sich nirgends Zeichen von Aktinomykose.

Anhangsweise theilt Verf. noch einen leichten und günstig verlaufenen Fall von Aktinomykose am Kieferrande mit; ausgiebige Auslöffelung des incidirten Abscesses bewirkte Heilung.

Kässner (Halle).

11. **Lancereaux.** La filariose.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1888. No. 36.)

Neben einer Zusammenstellung der wichtigsten Daten über die Filariakrankheit berichtet Verf. zwei neue in Paris beobachtete Fälle.

1) Ein 23jähriger auf der Insel Réunion geborener Mann, der als Kind nie krank gewesen und nur im Alter von 11 Jahren 4 Wochen lang von Malaria heimgesucht, später wieder völlig gesund gewesen war, konsultirte den Verf. im Juni 1888; er lebte seit 4 Jahren in Paris. Im Januar 1885, etwa 9 Monate nach seinem Abschiede von Réunion, spürte er zum ersten Male Schmerzen in der Leisten-

gegend und in den Beinen, bemerkte dann auch Anschwellungen in den Leistenfalten. Es wurden ihm zunächst Kompressionen der geschwollenen Stellen, Duschen und möglichste Ruhe verordnet; die ärztliche Diagnose lautete damals einfach »Lymphvaricen«. Im Mai 1885 bemerkte der Kranke, dass sein Urin stark getrübt, zeitweise fast milchig war. Diese Erscheinung sowohl, wie die anfänglich sich steigernden Schmerzen, gingen nach Ruhe, Kataplasmen und Einreibungen von Quecksilbersalbe vorüber, traten 1887 nochmals in derselben Weise hervor; einmal enthielt der Urin auch etwas Blut.

Als Verf. den Kranken zuerst sah (Juni 1888), klagte dieser über Schmerzen in den Leisten und in den Beinen, besonders wenn er längere Zeit aufrechte Körperhaltung beobachtete; auch traten dann an der Innenseite der Oberschenkel und in den Leisten Anschwellungen hervor, die sehr empfindlich waren, sich weich-teigig anfühlten, durch Druck beseitigt werden konnten und aus lauter einzelnen nussgroßen Knoten bestanden. Am rechten Vorderarm zeigte sich eine ähnliche, nur kleinere Anschwellung; der Arm war ebenfalls empfindlich; in der Achselhöhle fühlte man einige geschwollene Lymphdrüsen. Der linke Arm war auch schmerzhaft und in der Achselhöhle war hier eine teigige Anschwellung zu fühlen. Die peripheren Lymphdrüsen im Übrigen waren normal, eben so das Scrotum. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab zuerst nichts Abnormes; als sie jedoch am Abend wiederholt wurde (Blut aus einer Fingerkuppe durch Nadelstich entnommen) fand man in einem Präparat 10 Filariaembryonen. Es entspricht dies der von Manson gemachten und vielfach bestätigten Beobachtung, dass die Filariaembryonen gerade zur Abend- und namentlich zur Nachtzeit im Blute nachweisbar sind. Der Grund dieser Erscheinung ist bekanntlich noch nicht ganz klar; nicht unwahrscheinlich ist es jedoch, dass die körperliche Ruhe während der Nacht ein wesentliches Moment bildet. Im Allgemeinen nehmen freilich die Filarien im Blute nach Mitternacht wieder ab und sind in den Morgenstunden (5—6 Uhr) oft schon wieder ganz verschwunden, so dass man danach an einen Einfluss des Lichtes denken möchte. Ein Kranker, welchen Verf. beobachtete, hatte im Sommer des Morgens um 3 Uhr kaum Filarien im Blute; wenn man Abends danach suchte, fand man sie zwar, aber um so reichlicher, je weniger hell die Beleuchtung in dem Krankenzimmer war. Andererseits schloss Verf. einen Kranken einen Tag lang in einem dunklen Zimmer ein, konnte aber keine Filarien in dessen Blute finden.

2) Ein 20jähriger Mann, geboren in Haïti, verließ Port-au-prince im Juni 1886 und begab sich nach Paris, wo er bis zum December desselben Jahres blieb, um dann wieder nach Haïti zu gehen. Bis dahin war er stets völlig gesund gewesen; sein Urin hatte nie Abnormitäten gezeigt. Etwa 8 Tage nach seiner Abreise bemerkte er plötzlich, dass der Urin das Aussehen von Milch hatte; bei der Entleerung hatte Pat. öfters Schwierigkeiten, indem der Strahl unterbrochen war, nach Ausstoßung flockiger Gerinnsel wieder frei wurde. Beim Stehen schied sich ein beträchtliches Coagulum in dem Urin aus. Während der folgenden 8 Monate hielt sich Pat. in Haïti auf und konstatirte hier permanent das gleiche Verhalten des Urins; auch nach seiner Rückkehr nach Paris (September 1887) blieb es zunächst dabei. Im Januar 1888 kam es außer zu Chylurie auch zu Hämaturie (die Untersuchung des Urins ergab die bekannten Verhältnisse); später nahm der Blutgehalt wieder ab. Durch genauere Beobachtung ließ sich feststellen, dass Morgens und Vormittags der Harn stets chylös war, bald mehr, bald weniger; Nachmittags war er bisweilen ganz normal, bisweilen auch chylös, aber nie so stark wie Morgens. Den stärksten Grad chylöser Beschaffenheit zeigte der Urin oft zwischen 11 und 12 Uhr Nachts. Starke Körperbewegungen, wie Turnen und Reiten, langes Gehen, ferner alkoholische Getränke, steigerten die Chylosität, während wiederholte Abführmittel sie fast aufhoben. Eine um 9 Uhr Morgens vorgenommene mikroskopische Blutuntersuchung ergab nichts Abnormes; aber schon eine Viertelstunde später fanden sich in einem Blutpräparate fünf Filarien.

L. berichtet noch über die Erfahrungen, die Dr. Audain in Beauvais, früher

in Haïti, an sich selbst gemacht hat. Er bekam im 35. Lebensjahre nach starken Anstrengungen die ersten Erscheinungen der Filariose, speciell Chylurie, welche mehrfach verschwanden und wiederkehrten; nach einem mehrmonatlichen Aufenthalte in Europa verschwanden alle Symptome für 6 Jahre. Doch trat neuerdings, auch seitdem Dr. A. dauernd in Beauvais lebt, dreimal nach starken Erkältungen wiederum, wenn auch nur vorübergehend, Chylurie auf. Über den Blutbefund ist für diesen Fall leider nichts mitgetheilt, so dass es doch nicht ganz sicher ist, ob er als Filariose aufzufassen ist.

Der Ausgang der Krankheit ist, wenigstens in unseren Klimaten, meist ein günstiger, sehr wahrscheinlich in Folge des Absterbens der Filarien, welches nach kürzerer oder längerer Zeit erfolgt. Ein tödlicher Ausgang kommt durch die Parasiten selbst wohl kaum vor, sondern meist in Folge entzündlicher Zustände und begünstigt durch die allgemeine Abnahme der Ernährung. Dass entzündliche Affektionen sich ganz besonders leicht hinzugesellen, sobald es sich um starke Ektasien der Lymphgefäße und beträchtliche Verdünnung der Haut handelt, ist einleuchtend; dies ist auch der Grund dafür, dass chirurgische Eingriffe, die mehrfach versucht sind (Unterbindung, Excision von Lymphgefäßen etc.), so schlechte Resultate geben.

Küssner (Halle).

12. J. M. Cotterill. Two epidemics of sore throat and their relation to the milk supply.

(Edinb. med. journ. 1888. September.)

In der Medico-chirurgical Society zu Edinburgh berichtete C. über 2 Epidemien von Angina, welche er dem Genusse schädlicher Milch zuschreiben zu dürfen glaubt.

In Fettes College, wo etwa 250 Knaben sich befinden, kamen im Herbst 1886, so wie zu derselben Zeit 1887, auffallend häufig Erkrankungen an eigenthümlicher Angina vor. Die Knaben erkrankten rasch nach einander, kurze Zeit nachdem sie von den Ferien in die Anstalt zurückgekehrt waren; während der ersten Epidemie (1886) wurden 50, während der zweiten (1887) sogar 84 Knaben befallen. Die 1886 erkrankten blieben, mit einer einzigen Ausnahme, 1887 verschont. Alle Fälle scheinen gutartig verlaufen zu sein. Sie begannen mit ausgesprochenen febrilen und allgemeinen Symptomen, gelegentlich auch Übelkeit und Nasenbluten; die Zunge war meist stark belegt. Die Tonsillen und die hintere Pharynxwand waren stark geschwollen und geröthet; in den nächsten Tagen waren an beiden kleine follikuläre Exsudate nachzuweisen, die leicht abgestreift werden konnten. Weicher Gaumen und Uvula waren stets frei, auch sonst in der Mundhöhle nichts nachzuweisen. Albuminurie kam höchst selten vor. Der Zustand dauerte etwa 7 Tage; dann fühlten sich die Pat. auch subjektiv wieder wohl. Einige Tage hinterher ließ sich bei einer großen Zahl der Kranken Anschwellung der Nackendrüsen konstatiren, welche dann langsam, ohne in Eiterung überzugehen, sich zurückbildete; bei einigen Kranken traten »rheumatische« Schmerzen in Nacken und Schultern auf.

Direkte Ansteckung von Fall zu Fall war nach Allem höchst unwahrscheinlich; auch sonst war anfänglich kein Grund für die Erkrankungen aufzufinden. Doch musste schon die große Zahl der zuerst und gleichzeitig Erkrankten auf eine gemeinsame Quelle des Übels hinweisen; gerade diese zuerst Erkrankten wohnten in verschiedenen Häusern. Verf. untersuchte nun die Milchverhältnisse und fand, dass in dem Gehöfte, aus welchem die Milch für die Anstalt bezogen wurde, mehrere Kühe einen bläschenförmigen Ausschlag am Euter hatten. (Dieser Ausschlag war von einem Sachverständigen als echte Kuhpocken bezeichnet, was indessen bei der Diskussion von anderer Seite bestritten wurde.) Es wurden zunächst diese Kühe entfernt und streng darauf gesehen, dass die Milch nur gekocht genossen wurde; so lange dies geschah, traten keine neuen Krankheitsfälle auf: als man wieder damit nachließ, erfolgten weitere Erkrankungen und bei sorgfältigem Nachsuchen fand man wieder am Euter einer Kuh einige Bläschen. Was ferner noch für den Zusammenhang der Erkrankungen mit der Milch spricht, ist

der Umstand, dass auch unter der Stadtbevölkerung, welche dieselbe Milch bezog, analoge Fälle in nicht ganz geringer Zahl vorkamen.

Bakteriologische Untersuchungen der Milch, der Euterbläschen, des Tonsillenbeleges waren noch nicht abgeschlossen. —

In der Diskussion waren die Stimmen sehr getheilt; neben Ärzten, welche sich der Meinung des Vortr. anschlossen, gab es andere, welche gleichfalls zu derselben Zeit häufiger Angina mit denselben Charakteren beobachtet hatten, ohne dass ein Zusammenhang mit jener Milch, oder auch nur mit Milch überhaupt, nachweisbar gewesen wäre. **Kissner** (Halle).

13. A. Weichselbaum. Über Endocarditis pneumonica.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 35 u. 36.)

Die Existenz einer durch das pneumonische Virus hervorgerufenen, unter Umständen auch ohne gleichzeitige oder vorhergehende Pneumonie vorkommenden Endocarditis ist wohl schon von Netter (1886) wahrscheinlich gemacht, der Nachweis der Identität der bei der in Rede stehenden Endocarditis (nicht jede während oder bald nach einer Pneumonie entstandene Endocarditis gehört hierher) und der bei der kruppösen Pneumonie vorkommenden Bakterien auf dem Wege der Kultur und des Thierexperimentes wurde aber jetzt erst durch W. geliefert.

Bei einem 54jährigen Manne mit Pneumonia dextra trat schon am 10. Tage Lösung ein, der Kranke fieberte aber in der folgenden Woche neuerdings und starb am 25. Krankheitstage. Es fanden sich nebst der in Rückbildung begriffenen Pneumonie ältere und frische Endocarditis der Aortenklappen und Niereninfarkte. Kleine Partikelchen der Klappenvegetationen, auf Deckgläschen verrieben, mit Fuchsin-Anilinwasser gefärbt und durch Alkohol entfärbt, zeigten den Diplococcus pneumoniae (runde oder ovale, mitunter lanzettförmige, meist zu 2 angeordnete Kokken, einzelne mit blassroth gefärbter Kapsel). Auch die Reinzüchtung dieser Kokken gelang, so wie sich auch 24 Stunden nach Einspritzung einer Emulsion dieser Kultur in die Vena jugularis eines Kaninchens, dem vorher die Aortenklappen von der Carotis aus durchstochen waren, die Aortenklappe und der Aortenzipfel der Mitralis mit feinkörnigen, weichen, aus dem Diplococcus pneumon. bestehenden, grauweißen Auflagerungen besetzt zeigte. Die aus diesen Auflagerungen angelegten Kulturen (Diploc. pneum.) erzeugten, einem Kaninchen in die rechte Brusthöhle eingespritzt, Pleuritis duplex, Pneumonia sin., Peritonitis, Milzschwellung; Diplokokken in Lunge, Milz und Klappenvegetationen.

In diesem Falle und in 4 anderen Fällen, in denen die Pneumonie der Endocarditis voranging, war anzunehmen, dass die Bakterien von der entzündeten Lunge ins Blut und auf die Klappen gelangten, in 2 weiteren Fällen ohne Pneumonie bestand das eine Mal eine Meningitis cerebro-spinal., in deren Exsudat der Diplococcus vorkam, in dem anderen Falle fand sich außer der Endocarditis kein durch den Diplococcus bedingter Process.

Diese Endocarditis, die W. in $^1/_5$ der von ihm darauf untersuchten Fälle von Endocarditis fand, kann als ulceröse (häufiger) und als verrucöse auftreten, befällt mit Vorliebe die Aortenklappen und führt häufig zur Bildung sehr mächtiger, mitunter polypöser Vegetationen, auch (Netter's Behauptung entgegen) nicht selten zum Infarkt. **K. Bettelheim** (Wien).

14. F. Müller. Tetanie bei Dilatatio ventriculi und Achsendrehung des Magens.

(Charité-Annalen 1888.)

In 2 Fällen beobachtete M. das Bestehen von Tetanie mit allen typischen Symptomen bei gleichzeitiger Magenaffektion, einmal bei einfacher Dilatation, das andere Mal bei Dilatation mit Achsendrehung des Magens (Sanduhrform). Beide Fälle verliefen tödlich. Während die Tetanie im Allgemeinen nicht letal verläuft, scheint sie als Komplikation bei Magenkrankheiten sehr bedenklich. Unter 8 derartigen Fällen endigten 5 letal. In Betreff des Zustandekommens der Tetanie bei Magenerweiterung weichen die Ansichten der Autoren von einander ab. Kuss-

maul betrachtet die Tetanie als eine Folge der Wasserentziehung des Körpers, der abnormen Trockenheit von Muskel und Nerv; Andere sehen die Ursache der Krämpfe in einer Intoxikation durch abnorme Zersetzungsprocesse. Darauf hin hat M. den Mageninhalt untersucht und durch Injektion dieser Toxine bei Kaninchen ein negatives Resultat erhalten. Am wahrscheinlichsten hält M., dass die Tetanie einen vom Magen ausgehenden Reflexvorgang darstellt. Dafür spricht das Vorkommen von Tetanie nicht nur bei Gastrektasie, sondern auch bei anderen Affektionen des Magendarmkanals, die mit starker Reizung der Schleimhaut, oder mit Durchfall oder Erbrechen einhergingen, so z. B. bei dem Brechdurchfall der Säuglinge, bei Anwesenheit von Enthelminthen. Auch andere nervöse Erscheinungen werden bekanntlich auf dem Wege des Reflexes von der Magenschleimhaut ausgelöst, wie Schwindel, Urticaria, Aphasie, Asthma, allgemeine tonische und klonische Krämpfe, Lähmungen, Hallucinationen etc. M. beobachtete auch einen Fall von Tetanie bei Perforationsperitonitis. Beweisend für einen Reflexvorgang ist auch der Umstand, dass in dem ersten der beiden obigen Fälle unmittelbar nach der Perkussion des Epigastriums der schwere zum Tode führende Anfall auftrat.

A. Neisser (Berlin).

15. **N. de Dominicis.** Poliartrite da dispepsia.

(Rivista clin. e terap. 1888. p. 395.)

Im Anschluss an 4 Krankheitsgeschichten begründet Verf. seine Ansicht, dass der sog. chronische Gelenkrheumatismus wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, in welchen es sich um eine exsudative serofibrinöse Polysynovitis handelt, eine konstitutionelle Erkrankung im Sinne des Diabetes mellitus, des Diabetes phosphaticus, des Diabetes oxalicus etc. sei. Es gehöre zu der Entwicklung der chronischen Arthritis eine besondere Prädisposition des Organismus und namentlich einzelner Theile desselben. Die Dyspepsie sei die ausschlaggebende Ursache; eine Stoffwechselstörung also der Boden, auf welchem chemische Einflüsse (Leukomaine etc.) und trophoneurotische Wirkungen die Lokalerkrankung hervorrufen. Erkältungen seien bloß häufige Gelegenheitsursache, an sich unnöthig für die Entwicklung der Synovialentzündung. Die wirksame Therapie bestände in der Regelung der Verdauungsvorgänge durch eine strenge Diät in Verbindung mit den übrigen allgemein wirkenden Heilmitteln, wie Landaufenthalt, Gymnastik, Hydrotherapie.

Die in Rede stehende Polyarthritis sei eine vom Gelenkrheumatismus im eigentlichen Sinne scharf unterschiedliche Krankheitsform, habe mit diesem aber die anatomische Läsion der Gelenke gemeinsam. **G. Sticker** (Köln).

16. **J. Pugibet.** Des paralysies dans la dysenterie et la diarrhée chronique des pays chauds.

(Revue de méd. 1888. Februar—März.)

Bei Soldaten, welche in Tonkin an akuter Dysenterie erkrankten und nach Algier in das Lazarett kamen, traten bei 7 von 71 Kranken meist ziemlich plötzlich Lähmungen der Muskeln am Halse, an den Schultern und an den oberen Extremitäten ein, welche allmählich wieder verschwanden oder zum Theil bestehen blieben. Störungen der Sensibilität und des elektrischen Verhaltens wurden nicht gefunden.

Verf. führt die Motilitätserscheinungen auf kapilläre Thrombosen in den grauen Vorderhörnern zurück. **J. Ruhemann** (Berlin).

17. **Suckling.** Malarial paraplegia.

(Brain 1888. Januar).

Ein Intermittenskranker wurde 2mal, jedes Mal 14 Tage nach einem Anfall, ganz plötzlich von Paraplegie befallen. In den gelähmten Unterextremitäten war die Sensibilität beträchtlich herabgesetzt. Das eine Mal war gleichzeitig das Bewusstsein für einige Minuten getrübt und bestand eine Stunde lang Aphasie. Hautreflexe erloschen, Sehnenphänomene leicht gesteigert, Incontinentia urinae.

Charakteristisch ist, dass die Lähmung jedes Mal plötzlich einsetzte und nach

und nach, am linken Bein zuerst, schwand, die Besserung am 3. Morgen nach dem Anfall einsetzte und innerhalb weniger Stunden in komplete Genesung überging.

Ein anderes Mal verlor derselbe Pat., ebenfalls 14 Tage nach einem Intermittensanfall, plötzlich die Sprache. Gleichzeitig trat eine schnell vorübergehende Anwandlung von Schwäche auf, während die Aphasie 8 Tage lang anhielt.

Tuczek (Marburg).

18. W. C. Krauss. Anatomischer Befund bei einer diphtherischen Lähmung.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 17.)

Bei einem 11jährigen Kinde, welches 2 Wochen nach Beginn einer schweren Diphtherie gestorben war, wurde vor Allem zur Untersuchung der Kerne des Oculomotorius, Abducens, Facialis und Hypoglossus und ihrer intracerebralen Wurzeln der Hirnstamm von den Corp. quadrigeminis bis zur Decussatio pyramidarum in 650 Schnittserien zerlegt. Die Nervenkerne waren normal. Degeneration des intracerebralen Oculomotorius mit Schwund von Achsencylinder, Abschwächung ihrer Kontouren. Sodann starke Hyperämie mit Hämorrhagien, Diapedese der Blutkörperchen. Thrombose und Embolie fand sich nirgends. Eine große Hämorrhagie zeigte sich im Trigonum interpedunculare. **J. Ruhemann** (Berlin).

19. Ph. Zenner (Cincinnati), Ein klinischer Beitrag über den Verlauf des Geschmacksnerven.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 16.)

Ein 42jähriger Mann, dem eine Eisenstange in der rechten Regio submaxillaris in der Richtung nach oben, hinten und innen 10 cm tief eingedrungen war, zeigte eine halbe Stunde nachher Lähmung des rechten Armes und Beines, Unbeweglichkeit der unteren Gesichtshälfte, Unfähigkeit zu schlucken und zu sprechen, aber volles Bewusstsein. 5—6 Tage später wurde Anästhesie der von den zwei oberen Ästen des Trigeminus versorgten Hautpartien und Fehlen der Geschmacksempfindung in den beiden vorderen Dritteln der linken Zungenhälfte konstatirt. Abgesehen von diesen Defekten, welche bestehen blieben, wurden nach Verlauf von 2 Monaten noch rechtsseitige Hemiplegie mit rechter Facialisparese, geringe Deviation der Zunge nach rechts, Dysarthrie, keine Deglutitionsbeschwerden, keine Glykosurie, zeitweilig Polyurie gefunden. Die Läsionsstelle ist demnach in der linken Seite des Pons oberhalb der Facialiskreuzung zu suchen und bezieht sich der Verlust der Geschmacksempfindung auf den intrakraniellen Theil des linken Quintus, nicht aber des linken Facialis, der intakt war.

Bei einem 11jährigen Mädchen zeigte sich nach einem Schlag auf die rechte Kopfseite rechtsseitige Facialislähmung mit Entartungsreaktion, rechte Abducensparalyse, Erweiterung der rechten Pupille, Parese der linken Extremitäten, keine Anästhesie; Neuritis optica, die in 7 Wochen schwand. Der Zustand besserte sich bis auf die Facialisparalyse; die Geschmacksempfindung war nicht im geringsten verändert.

Auch dieser Fall liefert den Beweis, dass der central gelegene Theil der Bahn der »Geschmaksfasern« zum Gehirn sich im Trigeminus befindet.

J. Ruhemann (Berlin).

20. E. Mendel. Zur Lehre von der Hemiatrophia facialis.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 14.)

Eine 50jährige Frau, welche im Jahre 1880 der Berliner med. Gesellschaft wegen Hemiatrophia facialis vorgestellt wurde, überstand vor 25 Jahren im Wochenbett eine mit lebhaftem Fieber verbundene Gesichtsrose, welcher Schmerzen in der linken Gesichtsseite und im linken Arm nachfolgten. Etwa 1 Jahr später, nachdem das Gesichtsreißen geschwunden war, bemerkte Pat. Einsinken der linken Gesichtsseite.

Außer Phthisis pulmonum zeigte sich linkerseits im Gebiete der 3 Trigeminusäste Atrophie der Haut, so wie in den vom Facialis versorgten Muskeln und im

Temporalis und Masseter Schwund der Muskulatur. Hyperästhesie, Sensibilitätsstörung, Veränderung des Temperaturgefühls waren in der linken Gesichtshälfte nicht zu konstatiren; indess zeigte sich an der betroffenen Seite Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit für beide Stromesarten bei direkter und indirekter Reizung. Außerdem bestand Atrophie der Haut und Muskeln an der linken Extremität und dem oberen Theil der linken hinteren Rumpfhälfte.

Die Sektion ermittelte eine Neuritis interstitialis prolifera in sämmtlichen Ästen des linken Trigeminus von seinem Ursprung bis zu seiner peripherischen Ausbreitung, eine solche im linken Radialis bei Intaktheit des linken Facialis, ferner Atrophie des Corium und einfache Atrophie der Muskeln der afficirten Theile. Sodann bestand Verschmälerung der linken absteigenden Trigeminuswurzel und der linken Substantia ferruginea, deren Zellen weniger pigmentirt und mit weniger ausgeprägten Ausläufern versehen waren als auf der rechten Seite. Endlich beobachtete Verf. Atrophie und numerische Abnahme der Vorderhornganglienzellen bis in die Höhe des 5. Cervicalnerven hinab.

Hiernach kommt Verf. zu dem Schlusse, dass in der absteigenden Trigeminuswurzel die mit den trophischen Processen in Verbindung stehenden Fasern verlaufen[1].

J. Ruhemann (Berlin).

21. Sioli. Über die Fasersysteme im Fuß des Großhirnschenkels und Degeneration derselben.

(Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1888. No. 15.)

S. beschreibt einen Fall, der geeignet ist, weitere Aufklärung über den Verlauf der im Fuß des Hirnschenkels enthaltenen lateralen Bündel zu geben, deren Degenerationen erst neuerdings — durch Rossolymo und Bechterew — Gegenstand der Beobachtung wurden.

In dem S.'schen Falle handelte es sich um einen 43jährigen Mann, der allmählich unter apoplektiformen Erscheinungen erkrankte; zuletzt völlige Blindheit und Taubheit, völlige linksseitige Lähmung, ungestörte Sensibilität und Sprache. Die Sektion ergab beiderseits hämorrhagische Pachymeningitis und umfangreiche Erweichung der rechten Großhirnhemisphäre, die zunächst Centralwindungen, Insel und Umgebung der Fossa Sylvii zu umfassen schien. Nach Herausschälen des Stammes und Härten des Gehirns zeigte sich jedoch die Erweichung bis ins Marklager der Hemisphäre reichend; die gesammten Einstrahlungen des Stirn- und Scheitellappens in den Stamm degenerirt, Hinterhaupts- und Schläfenlappen dagegen größtentheils erhalten. Der rechte Sehhügel kaum halb so groß, wie der linke, geschrumpft und höckerig; der Streifenhügel wenig degenerirt.

Auf Schnitten im Rückenmark Degeneration der linken Pyramidenseitenstrangbahn und rechten Pyramidenvorderstrangbahn, leichtere Atrophie der Goll'schen Hinterstränge, in der Brücke Atrophie der ganzen rechten Pyramidenbahn. Im rechten Hirnschenkel der mittlere Theil völlig atrophisch, nur im medialen Theil ein kleines Bündel, im lateralen ein größeres theilweise erhalten. Das hier erhaltene laterale Bündel zeigt sich als identisch mit einem, den Gang einer großen Schleife durchmachenden Nervenbündel, das zwischen hinterem Rand des Linsenkerns und Fuß des Schweifkerns aus dem Schläfenlappen zunächst nach oben, dann einwärts vom Linsenkern allmählich nach vorn oben strebt und außen von dem völlig degenerirten Corpus geniculatum externum in das »dreieckige Markfeld« Wernicke's übergeht, um von hier aus über allen zum Tractus opticus gehörigen Kernen in starkem Schwung nach innen in den lateralen Theil des Hirnschenkelfußes zu ziehen. Im dreieckigen Markfeld mischt sich ein zweites hier atrophisches Bündel bei, dessen Fasern zwischen denen des ersten von unten kommenden Bündels sich mischen und gleichfalls in den lateralen Abschnitt des Hirnschenkelfußes übergehen. Diese Einstrahlung aus den Scheitellappen kommt aus Rindentheilen, die hinter jenen liegen, von welchen die gleichfalls atrophische Pyramidenbahn kommt. »Demnach enthält der laterale Theil des Hirn-

[1] Cf. hierzu des Ref. Mittheilung in No. 1 p. 1 dieses Centralblattes. (Red.)

schenkelfußes Bündel aus dem Schläfenlappen und aus den hinter den Centralwindungen gelegenen Theilen des Scheitellappens, die sich im dreieckigen Markfeld, innen vom Linsenkern, vereinigen, um gemeinsam in den Hirnschenkelfuß hinüber zu ziehen.« **A. Eulenburg** (Berlin).

22. Bernhardt. Über eine eigenthümliche Art von Mitbewegung des paretischen oberen Lides bei einseitiger kongenitaler Ptosis.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1888. No. 15.)

Gunn (1883) und Helfreich (1887) haben eigenthümliche Mitbewegungen des oberen Lides bei einseitiger Ptosis beschrieben. In dem Gunn'schen Falle — von kongenitaler Ptosis — erfolgten dieselben in der Weise, dass das gesenkte Lid jedes Mal gehoben wurde, wenn der entsprechende M. pterygoideus ext. den Unterkiefer in Bewegung setzte. In den beiden Helfreich'schen Fällen erfolgte bei etwas weiterem Öffnen des Mundes eine energische Hebung des oberen Lides, beim Schließen des Mundes wieder ein Herabsinken.

B. beobachtete einen ähnlichen Fall bei einem 7jährigen Knaben mit Herabhängen des linken oberen Lides, Zurücksinken des linken Auges, Verschmälerung der Lidspalte; Augenbewegungen (auch nach oben) allerseits frei, jedoch bestand eine Art von angeborenem Epicanthus externus. Bei Kaubewegungen hob sich das linke obere Lid gleichzeitig mit den Kontraktionen der Kaumuskeln, während am rechten Auge Alles ruhig blieb. Was die Erklärung dieser abnormen Mitbewegung anbetrifft, so sieht B. in Übereinstimmung mit Helfreich dafür einen innervirenden Einfluss des N. trigeminus auf den M. levator palpebrae superioris heran. Wahrscheinlich handelte es sich in allen beobachteten Fällen um eine kongenitale Ptosis auf Grund einseitiger mangelhafter Ausbildung des betreffenden Abschnittes des Oculomotoriuskernes und um eine, ebenfalls auf kongenitale Verhältnisse zurückzuführende vikariirende Versorgung dieser in Bezug auf ihr Ursprungsgebiet und ihre normale Fasermenge stiefmütterlich bedachten Nervenäste des Oculomotorius durch den nahe benachbarten motorischen Trigeminuskern und seine Fasern. **A. Eulenburg** (Berlin).

23. Martius. Über Hemianopsie mit hemiopischer Pupillenreaktion.

(Charité-Annalen 1888.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist dadurch von großem Interesse, dass er wohl der erste klinisch genau beobachtete Fall von Hemianopsie mit hemiopischer Pupillenreaktion ist. Bei einem vorher völlig gesunden Menschen trat plötzlich intensiver Kopfschmerz, Pulsverlangsamung und mehrere Tage anhaltende Benommenheit auf. Es traten ferner Herdsymptome, wie Parese der linken Körpermuskulatur, linksseitige Parästhesien und eine partielle Störung im Bereich des Oculomotorius (rechtsseitige Internuslähmung) auf. Die Prüfung der Pupillenreaktion, die derart vorgenommen wurde, dass mit einem einfachen Augenspiegel die Spitze eines Lichtkegels bald von vorn, bald von rechts oder links in das eine oder das andere Auge geworfen wurde, zeigte, dass eine Verengerung der Pupillen nur dann eintrat, wenn die Zona centralis oder die linke Netzhauthälfte beleuchtet wurde. Wurde die rechte Netzhauthälfte, sei es des linken oder des rechten Auges gereizt, so blieb die Iris unbewegt (hemiopische Pupillenreaktion nach Wernicke). M. meint, dass es sich um eine kleine circumscripte Blutung in der Gegend längs des äußeren unteren Theiles des Großhirnstieles, wo derselbe vom Tractus opticus umschlungen wird, gehandelt habe. Zum Schluss sei noch auf die ausführliche Epikrise, in der der Verf. alle über das geschilderte Phänomen aufgestellten Theorien eingehend würdigt und kritisirt, hingewiesen. **A. Neisser** (Berlin).

24. W. Thorburn. On injuries of the cauda equina.

(Brain 1888. Januar.)

Vier Fälle von Läsion der Cauda equina mit vorwiegenden Symptomen im Bereich des Plexus ischiadicus und pudendalis bei nur geringen Alterationen im Gebiet des Plexus lumbalis.

I. Kompression der Cauda equina durch Dislokation des 1. Lendenwirbels.

Totale motorische Lähmung mit kompleter Entartungsreaktion aller vom N. ischiadicus versorgten Muskeln (Oberschenkelbeugeseite, Unterschenkel); Parese im Gebiet des N. cruralis (Oberschenkelstreckseite); Obturatorius (Adductoren) und der Nn. glutaei (Lähmung der Abductoren des Oberschenkels, Atrophie der Mm. glutaei). Anästhesie der hinteren Fläche der Oberschenkel (N. cutan. fem. post.), der äußeren Fläche der Unterschenkel (Comm. peron.), der Füße (Peroneus und Tibialis), der unteren Hälfte der Nates (N. glutaei), des Perinaeum, Penis, Scrotum, der Urethra (N. pudend. comm.), bei erhaltener Sensibilität an der Wurzel des Penis (N. ileo inguinalis). Retentio urinae, incontinentia faecium (Nn. haemorrh. med. et inf.). Keine Erektionen, Plantarreflex und Kniephänomen fehlt, Cremasterreflex erhalten. Decubitus an den Fersen.

II. Spina bifida.

Hühnereigroßer Tumor über dem letzten Lendenwirbel, früher einmal punktirt. Manipulationen an demselben haben verschiedene Sensationen, Abgang von Urin und Stuhl, geschlechtliche Erregung, Rigidität der Unterextremitäten zur Folge. Atrophische Lähmung mit partieller Entartungsreaktion und fibrilläre Zuckungen im Gebiet des Ischiadicus, Obturatorius, der Glutaei; geringe im Bereich des Cruralis. Kontraktur in Spitzfußstellung, Vertheilung der Anästhesie ähnlich dem vorigen Falle; Libido sexualis erhalten trotz völliger Anästhesie des Scrotum und Penis; Plantar- und Patellarreflexe fehlen, Cremasterreflex erhalten, mangelnde Herrschaft über Blase und Mastdarm; Ulcus perforans pedis.

III. Tumor der Cauda equina.

Partielle Lähmung gleichmäßig in allen Muskeln der Unterextremitäten mit Atrophie en masse ohne Entartungsreaktion; Anästhesie wie in den vorigen Fällen. Patellar-, Plantar-, Cremasterreflexe erhalten, Glutaealreflex fehlt. Retentio urinae et faecium, Decubitus. Tod nach 1jährigem Krankheitsverlauf. Sektionsbefund wird nur sehr unzulänglich mitgetheilt.

IV. Kompression der Cauda equina durch Dislokation des Bogens des 2. Lendenwirbels nach vorn.

Totale oder fast totale Lähmung mit (partieller?) Entartungsreaktion im Bereich des Ischiadicus; partielle im Gebiet des Cruralis und Obturatorius, Anästhesie wie oben, Fehlen der Plantar- und Patellarreflexe; Glutaeal- und Cremasterreflex erhalten. Die Störung der Sensibilität war verhältnismäßig gering und besserte sich im weiteren Verlauf. Retentio urinae, Obstipation.

Nach operativer Entfernung des komprimirenden Knochenstückes Besserung der Beweglichkeit und Zunahme der Fülle der Muskulatur der Oberschenkel; die Muskeln der Unterschenkel blieben atrophisch und gelähmt. Die Sensibilität stellte sich völlig wieder her und das Kniephänomen kehrte wieder.

Zum Schluss folgt eine kritische Übersicht über einige ausgezeichnetere Fälle von Läsion der Cauda equina und die Empfehlung, bei Schädigung derselben durch Druck oder Narbe, wenn immer möglich zu operiren — vorausgesetzt, dass die Läsion genau lokalisirt werden kann und eine spontane Rückbildung der Symptome nicht mehr zu erwarten ist. **Tuczek** (Marburg).

25. **Dreschfeld.** On a case of diffuse (syphilitic?) sclerosis of the spinal cord.

(Brain 1888. Januar.)

Ein 60jähriger Mann erkrankt, bald nachdem er Syphilis acquirirt hat, an zunehmender Schwäche der Unterextremitäten ohne Störungen der Sensibilität. Es bildete sich folgendes Krankheitsbild aus: Ataxie der Oberextremitäten bei guter motorischer Kraft; spastische Paralyse bei normaler elektrischer Erregbarkeit der Unterextremitäten, mit Störungen des Muskelsinnes (Ataxie, zunehmend bei Augenschluss); Plantar- und epigastrischer Reflex erhalten; Cremaster- und Abdominalreflex verschwunden, Kniephänomen verstärkt, Dorsalclonus; Incontinentia urinae et faecium.

Nach vorübergehender Besserung unter Jodkaligebrauch, Tod an Cystitis und Pyelonephritis nach 1jähriger Krankheitsdauer. Befund: kombinirte, nicht systematische Strangerkrankung der Hinter- und Vorderseitenstränge im unteren Dorsalmark und oberen Lendenmark; sekundäre Degeneration der Goll'schen Stränge und der Pyramidenbahnen. Am ausgedehntesten ist die Erkrankung im unteren Brustmark; sie umfasst hier den größten Theil der Hinterstränge mit Ausnahme eines schmalen Streifens längs des Hinterhorns, die Pyramidenseitenstrangbahn und die Kleinhirnseitenstrangbahn; auch die Clarke'schen Säulen wurden erkrankt befunden. Die Wurzeleintrittszonen (Westphal) im untersten Dorsal- und im ganzen Lendenmark unversehrt. Histologisch: Zunahme und fibröse Umwandlung der Zwischensubstanz, endarteriitische Wandverdickung und perivasculäre Infiltration (diese Gefäßveränderungen auch in der grauen Substanz); Atrophie der Nervenfasern, hypertrophische Achsencylinder. **Tuczek** (Marburg).

Bücher-Anzeigen.

26. **E. Peiper.** Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführung.
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1888. 76 S.

27. **L. Pfeiffer.** Die Schutzpockenimpfung.
Tübingen, **Laupp,** 1868. 87 S.

Als wir bei der Besprechung der Schulz'schen Impfung (d. Centralbl. 1888 No. 18 p. 343) die baldige Nachfolge gleichsinniger Anleitungen andeuteten, ahnten wir nicht, dass dieser Vorhersage so prompt entsprochen werden würde. Wiederum sind es zwei »Leitfaden« für Studirende und Ärzte bezw. Impfärzte, welche wir der Rührigkeit zweier Autoren verdanken, von denen der eine durch Verfügung neueren Datums mit dem Impfunterricht und der technischen Unterweisung in der Impfung betraut worden, der andere seit einer Reihe von Jahren den weitesten Kreisen durch seine wissenschaftlichen Forschungen und praktischen Erfahrungen auf dem Gebiete der Schutzpockenimpfung überhaupt — wir erinnern nur an die vor 4 Jahren erschienene »Vaccination und ihre Technik« — rühmlichst bekannt ist.

Peiper hat es sich angelegen sein lassen, unter ziemlich ausgiebiger Verarbeitung der einschlägigen Litteratur, insbesondere Benutzung und Anführung der Darstellungen von Bohn, Pfeiffer, Wernher und dem Ref. die anerkannten Ansichten der Autoren und die bewährte Technik der erfahrenen Impfärzte für ein Lehrbuch zu verwerthen, welches mit Rücksicht auf die Vollständigkeit der Bearbeitung wohl auf das Attribut einer Monographie Anspruch machen kann, obwohl es dem Leser im Allgemeinen schwer fällt, das Maß des eigenen Antheils von Forschung und Erfahrung gegen die übrige litterarische Arbeit abzugrenzen. Gleichsam als Einleitung werden die Geschichte der Pockenepidemien und Beiträge zur Ätiologie der Pocken der Behandlung des eigentlichen Themas vorangestellt, nicht ohne mehrfache Vorwegnahme auf die Vaccine bezüglicher Momente, und nach kurzer Abhandlung der Variolation die Thierpocken erörtert. Es folgt dann die sachgemäße Darstellung dessen, was den Arzt rücksichtlich der Entwicklung der eigentlichen Schutzpockenimpfung zu interessiren pflegt, worauf nunmehr dem speciellen Begriffe des »Leitfadens« Rechnung getragen wird durch Instruktionen über die Gewinnungsmethoden der Lymphe, die Technik der Impfung und Belehrung über die Pathologie und Therapie der Schutzpocken im weitesten Sinne des Wortes. Den Schluss bilden nach alter Gepflogenheit Betrachtungen über den Werth der Impfung und den Unwerth gegnerischer Bestrebungen, so wie ein sehr willkommener Anhang, welcher die wichtigsten Gesetzesbestimmungen, Abdrücke der Impflisten und Impfscheine und ähnlicher Formulare enthält.

So bieten die 76 wohlgenährten Seiten reichen Stoff für so manchen Leser, vielleicht überreichen trotz der Leichtigkeit, mit welcher er sich aus der klaren und eindeutigen Darstellung zu orientiren vermag. Eine ausgiebigere Sonderung von Hauptsache und Beiwerk, ein Vorwalten des kritisirenden Charakters vor dem

referirenden dürfte allerdings einer zweiten Auflage zu besonderem Vortheil gereichen. Aber auch diese Anleitung wird einer reichen Zahl von Kollegen und Jüngern der Wissenschaft als Führer durch das in Folge der neueren und eigenartigen Forschung so eminent erweiterte Feld der neuen Prüfungsdisciplin lieb werden. —

Pfeiffer's, des Vorstehers des Großherzoglich Weimarischen Impfinstituts, im Allgemeinen knapper gefasster Leitfaden athmet allenthalben jene Selbständigkeit und Originalität der Auffassung, welche mit einer langjährigen und in die Tiefe dringenden Eigenerfahrung unzertrennlich verbunden zu sein pflegt. Nichtsdestoweniger ist auch hier auf eine dem Praktiker in erster Linie dienende didaktische Darstellung der Hauptwerth gelegt, ja es hat sich P., was besonders zu begrüßen, angelegen sein lassen, die wichtigsten Ergebnisse der Erörterungen noch einmal am Schlusse dieser unter der Form kurzer Lehrsätze und Thesen in gesperrten Lettern dem Leser besonders zugänglich zu machen.

Im Übrigen folgt die Gliederung des Materials im Wesentlichen der üblichen Norm, obwohl auch hier aparte praktische Varianten nicht fehlen. So sind das Reichsgesetz, die neuen Beschlüsse des Bundesrathes, die Ausführungsbestimmungen zum Impfgesetz in den Einzelstaaten und sonstige dem Impfarzte unmittelbar nahegelegte Instruktionen auf farbigem Papier gedruckt und mit besonderem Index versehen, ein wahres Labsal für Denjenigen, der sich schnell über die Hauptpunkte der deutschen Impfgesetzgebung informiren will und muss.

In den eigentlichen Text, welcher die Überschrift »Physiologie und Pathologie der Schutzpockenimpfung« führt, sind Holzschnitte in kleiner Anzahl (meist Abbildungen von Instrumenten) eingestreut, mit besonderer Sorglichkeit die Komplikationen des Impfverlaufes und das ihrer Abwehr dienende Verhalten des Impfarztes berücksichtigt worden. Rücksichtlich der detaillirten Belehrung über den Inhalt der einzelnen Kapitel verweist P. auf die ausführlichen Wege, welche seine bekannte »Vaccination und ihre Technik« angegeben, zu welchem letzteren Lehrwerk er den vorliegenden Leitfaden als eine Ergänzung angesehen wissen will. Als jene Komplikationen werden in letzterem, ganz dem modernen bakteriologischen Standpunkt entsprechend, die verschiedenen »Mischinfektionen« von Vaccine mit Erysipel, Tuberkulose und Syphilis, ferner Pemphigus (Impetigo contagiosa), Eiterkokken und akuter Septikämie angesprochen. Überraschen wird es manchen Leser, von der Behauptung des Autors Kenntnis zu nehmen, dass das — unbekannte — Kontagium der Vaccine und Variola »wahrscheinlich« an keinen Spaltpilz gebunden ist. Mit dieser Anschauung vermag sich Ref. bei aller Anerkennung der Bedeutung gerade der einschlägigen Untersuchungen des Autors und der Summe der anscheinend für die Negation eines Contagium vivum vom Charakter der bereits bekannten pathogenen Mikroorganismen der akuten Infektionskrankheiten sprechenden bisherigen Erfahrung einstweilen nicht einverstanden zu erklären, wenn er auch gern einräumen will, dass entgegen seiner früheren Darstellung (Artikel: Impfung der Eulenburg'schen Realencyklopädie, Kapitel IV), die grauweißen Kokkenkolonien Voigt's noch weit entfernt sind, als die belebte Ursache der Vaccinekrankheit gelten zu dürfen.

Dass das Pfeiffer'sche Büchlein seinen Weg finden und sich auf breitester Basis einführen wird, darf als zweifellos gelten. **Fürbringer** (Berlin).

28. W. Brügelmann. Über Asthma, sein Wesen und seine Behandlung.

Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag, 1888.

In vorliegender Abhandlung legt Verf. seine seit 10 Jahren über das Asthma gesammelten Erfahrungen nieder. Dem Asthma liegt in allen Fällen eine Reizung der Centralorgane zu Grunde, welche in den meisten Fällen herbeigeführt wird durch Reizungen peripherer Nerven (Trigeminus, Sympathicus etc.) oder durch Intoxikation mittels Kohlensäure. Je nach dem Orte und der Art der Entstehung unterscheidet Verf. 5 verschiedene Formen des Asthmas, das nasale, das pharyngolaryngeale, das bronchiale Asthma, das Intoxikationsasthma und endlich das neurasthenische Asthma. Von allen am häufigsten ist das nasale Asthma. Unter Mit-

theilung einzelner Krankengeschichten bespricht Verf. die Pathologie der einzelnen Formen und die Therapie, betont namentlich die genaue Untersuchung der einzelnen Organe behufs Feststellung des Ortes der Entstehung. Indem wir betreffs der Details auf das Original verweisen, können wir nicht umhin, auf den Optimismus aufmerksam zu machen, der sich vielfach kund thut. Es ergiebt sich dies, um nur ein Beispiel anzuführen, aus des Verf. Worten p. 27, wo vom nasalen Asthma die Rede ist: »die Prognose ist bei dieser Form entschieden am günstigsten, da man ja fast immer den Asthmapunkt ermitteln und unschädlich machen kann, und so kommt man fast allemal zum Ziel«. Wir könnten eine große Reihe von Krankengeschichten mittheilen, in denen beim nasalen Asthma trotz gründlichster Behandlung von einem Erfolge durchaus nicht die Rede war.

B. Baginsky (Berlin).

29. **Le Gendre, Barette, Lepage. Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (médecine-chirurgie-obstétrique).**
Paris, G. Steinheil, 1888.

Das Werk, dessen 1. und 2. Theil vorliegen, will eine Zusammenstellung unserer Kenntnisse über die Anwendung antiseptischer Mittel in der Medicin, in der Therapie nicht weniger wie in der Prophylaxe geben. Es ist auf 4 Theile berechnet. Den 1. und 2. (Einleitung und interne Antiseptik) hat le G. übernommen, den 3. (chirurgische Antiseptik) B., den 4. (Antiseptik in der Geburtshilfe) L.

Erschienen sind der 1. und 2. Theil, ein Band von 451 Seiten. Die Einleitung handelt von den Mikroorganismen im Allgemeinen, von ihren pathogenen Wirkungen, von den Schutzmitteln, die dem Organismus gegen sie zur Verfügung stehen, so wie von der Möglichkeit und Art antiseptischer Wirkungen; sie giebt sodann einen Überblick über die antiseptischen Mittel, ihre Eigenschaften, antiseptischen Kräfte und Anwendungsweisen.

Der 2. Theil handelt von der speciellen internen Antiseptik, er bespricht die mit der (bewussten oder unbewussten) Anwendung der einzelnen antiseptischen Mittel gemachten Erfahrungen bei den einzelnen Krankheiten der Haut, des Mundes und Pharynx, der Luftwege, der Lunge, des Verdauungskanals, der serösen Häute, endlich bei Allgemeininfektionen; immer unter Berücksichtigung der Prophylaxe.

Natürlich ist hier manche Unvollkommenheit zu verzeichnen, doch liegt dies in der Materie; die bewusste Anwendung antiseptischer Mittel bei inneren Krankheiten ist ja eben so wie die Bakteriologie erst jüngsten Datums und daher ist hier fast Alles noch auf unsicherem Boden aufgebaut. Es ist nicht zu umgehen, dass häufig genug Hypothesen und zweifelhafte und sich widersprechende Angaben die Stelle sicherer Facta einnehmen.

Immerhin wird das Buch auch so anregend wirken, es wird zu manchen rationellen therapeutischen Versuchen die Veranlassung geben, von manchen Maßnahmen, deren Nutzlosigkeit schon Andere erprobt, abhalten. Der Gedanke der französischen Autoren muss entschieden als ein glücklicher bezeichnet werden.

Auch die deutsche Litteratur ist in dem Buche im Ganzen gut berücksichtigt. Einige kleine Seitenausfälle gegen uns Deutsche[1] hat sich der Verf. dabei nicht versagen können. Es genügt, dieselben niedriger zu hängen.

A. Freudenberg (Berlin).

---

[1] Z. B. p. 286: »M. Fraentzel reconnaît, chose rare chez ses compatriotes, que ce sont des Français qui sont les initiateurs de la méthode« (nämlich der Kreosottherapie der Phthise).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. Sonnabend, den 2. Februar. 1889.

1. C. H. H. Spronck. Bydrage tot de kennis van den Aanvang der Schwann'schen Scheede aan de spinale Zenuwwortels.

(Festschrift zu Donders' Jubiläum.)

Die Untersuchung der spinalen Nervenwurzel (hauptsächlich der vorderen) hat folgende Resultate gegeben:

1) Die Nervenfasern der spinalen Wurzel zeigen bei ihrem Austritt aus dem Rückenmark ungefähr in derselben Höhe eine erste Ranvier'sche Einschnürung.

2) Diese ersten Einschnürungen liegen in einer Fläche charakteristisch gruppirt, entweder in der grauen Rückenmarksrinde oder in, beziehungsweise etwas außerhalb, der Piaöffnung.

3) Die eben angedeutete Fläche bildet eine morphologische (quere) Grenze zwischen dem centralen und dem peripherischen

Nervenstamm, indem der erstere aus nackten Nervenfasern besteht, der letztere aus solchen mit Schwann'schen Scheiden versehen.

4) Die Schwann'sche Scheide zeigt einen konischen Anfang, der von Neurogliazellen umgeben wird. Das erste Segment ist meistens eben so lang, wie das nächstfolgende.

5) Sind die Segmente in derselben Wurzel ungefähr gleich lang (bei gleich dicken Nervenfasern?), so sind auch die 2., 3. und selbst 4. Einschnürungen gruppenweise in den Nervenwurzeln angeordnet. Meistens verliert sich aber diese Anordnung sehr schnell.

6) Die Fläche der ersten Einschnürungen bildet die Grundlage zum Frommann'schen Bindegewebskreise, der letztere ist also auch eine Andeutung der Grenze zwischen dem centralen und peripheren Theile der Wurzel.

7) Auch die centrale Nervenfaser zeigt Unterbrechungen der Markscheide, den Einschnürungen der peripheren Nervenfaser ähnlich.

Dieser Abhandlung sind 11 Zeichnungen beigegeben. Die Präparate sind hauptsächlich mit salpetersaurem Silber hergestellt, genauere Beschreibung derselben siehe aber im Original.

Feltkamp (Amsterdam).

---

2. **Pietro Ferrari.** Über die experimentelle Verstopfung der Sinus Durae matris. Ein Beitrag zu der Lehre von der Sinusthrombose.

(Medicinische Jahrbücher der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1888. Hft. 3.)

Als gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von der Sinusthrombose, wie er sich seit den ersten Untersuchungen Morgagni's durch die Arbeiten Tonnellé's, Lebert's, Gerhardt's, Huguenin's etc. entwickelt hat, giebt F. den folgenden an: Die Sinusthrombose entsteht entweder durch mechanische Einflüsse, welche die Blutströmung im Sinus verlangsamen (statische Thrombose) oder durch Fortschleppung von eitrigen oder jauchigen Entzündungsprocessen aus der Nähe der Sinus auf die Wandungen derselben (phlebitische Thrombose). Während bei der statischen Sinusthrombose die lokalen Erscheinungen überwiegen, insbesondere die collaterale Stauung in anderen Venengebieten, kommen bei der phlebitischen Sinusthrombose sehr bedeutende Allgemeinsymptome zur Beobachtung, die der Pyämie und Septikämie entsprechen. Die wichtigsten anatomischen Veränderungen, welche der Sinusthrombose folgen, sind, abgesehen von den lokalen Veränderungen der verstopften Sinus selbst, hochgradige Stauungen und Erweiterungen der collateralen Gefäße, zuweilen auch Gerinnungen in den zuführenden Venen; mitunter, wie Heubner fand, Fortsetzung der Stauung bis in die Arterien; ferner consecutive Hämorrhagien (Nothnagel), Erweichungsherde in der grauen Hirnsubstanz (Lancereaux).

Die Symptome der »reinen Sinusthrombose« sind nach F. unbekannt; über den Ausgleich der Kreislaufstörungen im Gehirn und

in den Meningen vermisst er begründete Ansichten. Da solche weder durch die klinische Beobachtung, noch durch anatomische Untersuchung zu erlangen seien, wendet er sich an das Experiment. Aus 14 Versuchen am Hunde vermittels Wachsölinjektionen, deren Technik im Original nachzusehen ist, leitet F. die folgenden Schlüsse ab:

Die Verstopfung eines Sinus der Dura mater bildet kein Hindernis für die Cirkulation in dem zugehörigen Gehirnabschnitte und verursacht daselbst keine tieferen anatomischen Veränderungen.

Man kann selbst einen großen Theil des gesammten Sinusgebietes, z. B. alle Sinus des Schädeldaches, undurchgängig machen, ohne dass die Funktion des Gehirnes Schaden nimmt. Die reine, selbst sehr ausgebreitete Sinusthrombose erzeugt beim Hunde keinerlei Symptome. Auch das Bild der Stauungspapille wird durchaus vermisst. Der Cirkulationsausgleich tritt durch die Venae ophthalmicae, durch die Wirbelvenen, vielleicht auch durch Vv. emissariae ein.

Die Verlegung sämmtlicher Abflusswege des Blutes aus dem Schädel tödtet rasch, meist nach Vorausgehen eines epileptischen Anfalles.

Ob alle diese am Hunde gewonnenen Erfahrungen auch für den Menschen gelten, lässt sich vorab nicht entscheiden. Doch lässt es der analoge Bau des Schädelvenensystems vermuthen. Die klinische Beobachtung spricht nicht dagegen. Es sind wiederholt symptomenlos verlaufene Thrombosen bei der Autopsie zufällig entdeckt worden. Oft (!) mögen derartige Ereignisse eintreten und übersehen werden, weil eben die Betroffenen mit dem Leben davon kommen. Die schweren Symptome der Thrombose entsprechen gewiss mehr den Komplikationen als der Verlegung der Sinus selbst.

Georg Sticker (Köln).

---

3. P. Foà e A. Bonome. Contribuzione allo studio delle inoculazioni preventive.

(Riforma med. 1888. p. 3.)

Verff. machten die folgende, zu Gunsten der chemischen Auffassung des Wesens der Immunität sprechende Beobachtung.

Injicirt man einem Kaninchen eine Aufschwemmung einer Kultur von Proteus vulgaris in das Abdomen oder in eine Vene, so geht das Thier innerhalb 24 Stunden unter den Symptomen einer akuten Intoxikation zu Grunde. Inoculirt man nun mit dem Blute oder den Organen des eben verendeten Thieres ein neues, so zeigt dieses, abgesehen von einem leichten Unwohlsein, nichts Abnormes (wohingegen aus dem verendeten Thiere angelegte Kulturen sich virulent erwiesen). Trotzdem zeigt sich das Thier gegen nachfolgende Infektion mit Reinkulturen von Proteus vulgaris immunisirt. Diese Resultate sind ganz konstante. **A. Freudenberg** (Berlin).

---

4. **R. Paltauf.** Zur Ätiologie der »Hadernkrankheit«. (Mittheilungen aus dem patholog.-anatomischen Institute in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 18—26.)

Die Hadernkrankheit ist eine meist nur die mit dem Sortiren der Hadern (in Papierfabriken) beschäftigten Personen befallende, schnell verlaufende Infektionskrankheit. Sie beginnt mit heftigen, zuweilen recidivirenden Frostanfällen, Übligkeit und Mattigkeit; gewöhnlich besteht Kopfschmerz, leichtes Schwindelgefühl, Druck in der Magengegend und Brechreiz; Temperatur 39—40° C., ab und zu Erbrechen, dabei Hinfälligkeit, Athembeschwerden, steigende Cyanose; Puls meist von Anfang an schwach. Unter heftiger Präkordialangst, Zunahme der Prostration und Cyanose, manchmal auftretendem Sopor, bei rapidem Abfall der Temperatur bis auf 36° C., Kaltwerden der Extremitäten, Pulslosigkeit, Auftreten kalter Schweiße erfolgt der Tod bei freiem Bewusstsein nach 2—4tägiger Krankheitsdauer. Objektiv nachweisbar sind manchmal nur Rasselgeräusche über der Lunge; andere Male finden sich leichte Dämpfung über den unteren Lungenpartien, leicht blutig oder rostfarbig gestriemte Sputa, Druckempfindlichkeit in der Magen- und Milzgegend, endlich auch der Befund einer, dann meist linksseitigen, Pneumonie und Pleuritis. Der Ausgang ist meist letal, selten in Heilung mit langdauernder Rekonvalescenz. Am Leichenbefund ist auffällig die rasch eintretende und ausgebreitete Fäulnis, konstant sind seröse Ergüsse in die Pleurahöhlen und sulzige Infiltrate des mediastinalen Zellgewebes mit Schwellungen der Bronchialdrüsen neben Schwellung der Leber, Milz und katarrhalischer Affektion der Schleimhaut der Trachea und Bronchien, die oft mit stecknadelknopf- bis linsengroßen, prominenten nekrotischen Stellen besetzt sind. Nach Besprechung der bisher divergirenden Ansichten über die Ätiologie dieser Erkrankung und nach Würdigung der verschiedenen einschlägigen Publikationen erhärtet Verf. im Anschluss an mehrere eigene Beobachtungen und zahlreiche, einwandsfreie bakteriologische Experimente zuerst die Thatsache, dass bei der Hadernkrankheit es sich um Milzbrandinfektion handle; in einer zweiten Versuchsreihe (mit sporenhaltigem Material) rechtfertigt er die Ansicht, dass die Eingangspforte für diese Milzbrandinfektion die Lunge ist (wie auch Prof. Eppinger, Graz, berichtet), gleichviel ob Lokalisationen auf der Trachea und den Bronchien vorhanden sind oder nicht. Was den Weg der Infektion anbelangt, so sah Verf. niemals das Einwachsen der ausgekeimten Bacillen in die Blutbahn (Buchner), sondern, was Arnold für die Aufnahme corpusculärer Elemente konstatirte, beobachtete ein Eindringen der ausgekeimten Bacillen in die Saftbahnen des interstitiellen Gewebes, ein Fortleiten derselben durch den Lymphstrom in die größeren Lymphbahnen und die Bronchialdrüsen; erst von den Lymphbahnen aus erfolgt ein Umwachsen der Kapillaren mit Milzbrandfäden und ein Einwachsen derselben in die Gefäße.

Rönick (Berlin).

---

5. Sir J. Fayrer. Chronic tropical diarrhoea.

(Edinb. med. journ. 1888. September.)

Durch verschiedene, den Gegenstand betreffende Arbeiten aus der jüngsten Zeit angeregt, giebt Verf. eine kurze Schilderung der »chronischen Diarrhoe der Tropen«, welche er nach langjähriger Erfahrung gründlich kennt. Die Krankheit ist auch unter dem Namen der »weißen Diarrhoe« in China, Indien und Ceylon bekannt, kommt unter Europäern häufig vor und ist ein sehr ernsthaftes, aber nicht unbedingt tödliches Leiden, wie noch jetzt viele Autoren meinen, sondern der Behandlung sehr wohl zugänglich, wenn diese nur rechtzeitig eingeleitet wird. Nur wenn eine gewisse Grenze überschritten, ist die Krankheit aussichtslos, weil sich irreparable Degenerationen der Schleimhaut, speciell der drüsigen Apparate, des Darmes ausbilden.

Das Leiden entwickelt sich entweder bei zuvor ganz gesunden Menschen oder bei solchen, die durch atmosphärische Einflüsse, Erkältungen, eventuell Malaria schon geschwächt waren; auch im Anschluss an Dysenterie kommt es vor. Die Fälle, welche in Europa (England) zur Beobachtung kommen, sind meist eben desswegen aus Indien fortgeschickt; doch passirt es bisweilen auch, dass Leute, die dort noch ganz gesund waren, erst in Europa erkranken. Der Verlauf der Krankheit pflegt sich folgendermaßen zu gestalten; Diarrhoen sind das erste, für längere Zeit oft das einzige Symptom; Leibschmerzen etc. können völlig fehlen, die Ausleerungen sind in der Regel mit verschiedenem Gefühl der Erleichterung verbunden. Allgemeinbefinden und Appetit sind Anfangs durchaus gut; die Kranken legen ihrer Krankheit erst eine gewisse Bedeutung bei, wenn sie merken, dass sie an Körperfülle und Kraft abnehmen und leicht ermüden. Die Ausleerungen sind farblos, schleimig. Die Kranken sind blass, mager, die Muskulatur ist welk, die Haut schlaff und trocken; das Fett schwindet; die Augen sind eingesunken; Lippen- und Conjunctivalschleimhaut sind blass, die Zunge trocken, glatt und roth, ihre Papillen oft kaum sichtbar; in vorgeschrittenen Fällen atrophirt die Zunge; scharfe Speisen, selbst Wein rufen lebhaften Schmerz auf derselben hervor. Aphthöse Ulcerationen und sogar krupöse Auflagerungen auf der Zunge und der ganzen Mundhöhlenschleimhaut können in schweren Fällen vorkommen. Das Aussehen der Zunge ist nicht bloß in symptomatologischer, sondern auch in prognostischer Beziehung äußerst wichtig: stärkere Ausbildung der beschriebenen Veränderungen deutet mit Sicherheit auf Fortschreiten zum Schlimmeren; Annäherung an das normale Aussehen der Zungenschleimhaut lässt einen günstigen Ausgang hoffen.

In Fällen, wo früher Malaria bestand, treten dazwischen zuweilen unregelmäßige Fieberanfälle, Neuralgien etc. auf. Hat die allgemeine Schwäche und Abmagerung einen gewissen Grad erreicht, so dass der

Kranke gezwungen ist seinen Beruf zeitweilig aufzugeben, so ist mitunter ein Klimawechsel lebensrettend. Ist ein solcher aber nicht möglich, oder, wo ausführbar, erfolglos, so nimmt die Abmagerung rapide zu, die Athmung wird schwach und beschleunigt, die Temperatur subnormal, der Urin eiweißhaltig, die Beine ödematös; die Anämie erreicht den höchsten Grad, die Dejektionen sind abundant, wie bisher so gut wie schmerzlos, weiß, gelegentlich etwas bluthaltig. Der Tod erfolgt dann in Erschöpfung. Rückfälle sind häufig und können zu jeder Zeit vorkommen.

Die Sektion ergiebt in früheren Stadien eng kontrahirte Därme mit verdickter, injicirter Schleimhaut, bisweilen Ulcerationen; in späteren Stadien ist die Darmwand verdünnt, durchscheinend, fettig oder amyloid degenerirt; nicht selten sind Ulcerationen im Ileum und Colon vorhanden. (Genauere Angaben fehlen.) Die Drüsen der Darmschleimhaut und die Mesenterialdrüsen sind atrophirt und degenerirt, letztere bisweilen übrigens vergrößert; das Mesenterium ist geschrumpft; Leber, Milz, eventuell auch Nieren sind gewöhnlich klein, in seltenen Fällen Leber und Milz vergrößert.

Die Behandlung soll möglichst frühzeitig, am besten mit einem Ortswechsel beginnen; am meisten zu empfehlen ist eine Reise nach Europa. Körperliche und geistige Ruhe, richtige Kleidung und vor allen Dingen Diät sind die wichtigsten Dinge. Alle irritirenden Speisen sind gänzlich zu meiden. Wo möglich, soll Kuhmilch, eventuell mit Wasser verdünnt oder mit Zusatz von etwas Kalkwasser, die einzige Nahrung bilden; am besten giebt man stündlich 4—6 Unzen. Anfänglich soll der Kranke durchaus nichts weiter genießen, als eben Milch, 3—6 Wochen lang; dann kann man, immer mit größter Vorsicht, allmählich andere leicht verdauliche Sachen gestatten. Zunächst sind dann roher Fleischsaft, Beeftea, fein geschabtes Fleisch, Bouillon, rohe Eier erlaubt. Doch hebt Verf. ausdrücklich hervor, dass er mit allen diesen Substanzen, gleich im Beginne der Behandlung gereicht, schlechte Erfahrung gemacht habe. Absolute Milchdiät ist nach seinen Beobachtungen das einzig Richtige und macht auch Arzneimittel ganz entbehrlich. Thee und Kaffee sind am besten ganz fortzulassen, eben so alkoholische Getränke; nur bei Pat., die sehr daran gewöhnt sind, darf man sie in kleinen Quantitäten gestatten. Am meisten empfiehlt sich noch Whisky mit Milch oder mit Vichywasser u. dgl. gemischt. Geht man zu gemischter Diät über, so darf man ebenfalls stets nur kleine Quantitäten in kleinen Zwischenräumen gestatten; jedes größere Quantum eines beliebigen Nahrungsmittels, wonach der Pat., Dank seinem Appetite, verlangen würde, ist schädlich. Dies gilt auch von der Milch selbst.

Wollene Kleidung und vorsichtigstes Vermeiden von Erkältungen sind unerlässlich. Sehr anzurathen ist lange fortgesetztes Liegen, bei eintretender Besserung wenigstens stundenweise. Überhaupt darf in jeder Beziehung nur äußerst langsam etwas mehr gestattet wer-

den. Der Aufenthalt in Europa ist, je nachdem, über mehrere Monate oder selbst über ein Jahr auszudehnen.

Arzneimittel sind meist entbehrlich. Im Anfange können Dosen von 0,6—1,0 Ipecacuanha nützlich sein; in späteren Zeiten sind sie aber gar nicht zu empfehlen. Bei Neigung zu Verstopfung, wie sie bei der Besserung zuweilen auftritt, giebt man Morgens kleine Quantitäten salinischer Abführmittel. Bei starker Reizbarkeit des Darmes kleine Dosen Pulv. Doweri oder Tinct. Opii. Wismuth, welches vielfach gerühmt ist, kann Verf. durchaus nicht empfehlen. In der Rekonvalescenz können Chinin, Eisen u. dgl. angebracht sein. Oft ist es wünschenswerth, wie bei so vielen chronischen Krankheiten, nochmaligen Wechsel des Aufenthaltsortes vorzunehmen.

Die Prognose ist bei vorgeschrittenen Fällen immer ernst; doch hat Verf. noch Fälle, in welchen extreme Abmagerung, Albuminurie, Ödem der Beine etc. bestand und welche bis zu 2 Jahren bereits gedauert hatten, genesen sehen. Küssner (Halle).

---

6. O. Fräntzel. Über angeborene Enge im Aortensystem.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. p. 589.)

Auf Grund mehrerer Krankengeschichten, darunter zwei mit autoptischem Befund, schildert Verf. das klinische Bild einer Herzstörung, welche sich gelegentlich bei Menschen mit angeborener Enge des Aortensystems entwickle. Das klinische Bild gleiche im Allgemeinen demjenigen des überanstrengten Herzens. Während aber bei der gewöhnlichen Form des überanstrengten Herzens immer wirkliche und erhebliche Überanstrengungen sich anamnestisch nachweisen ließen, käme es bei der angeborenen Enge des Aortensystems schon bei körperlichen Leistungen, die für gewöhnlich innerhalb des Physiologischen liegen, zu Schädigung des Herzens, die sich zunächst in Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels, später in gewöhnlichen Kompensationsstörungen kund gäbe. Setze sich ein Mensch mit angeborener Enge des Aortensystems keinen Anstrengungen aus, so käme es nicht zu den sekundären Veränderungen des Herzens. So würden bei chlorotischen Mädchen und Frauen, deren Leiden fast immer eine angeborene Enge des Aortensystems zu Grunde liege, meist nur leichtere Funktionsstörungen von Seiten des Herzens, schwerere nur äußerst selten beobachtet, weil diese Personen sich ja nur in den seltensten Fällen stärkeren körperlichen Leistungen unterziehen müssen.

Klinisch ließ sich in den beschriebenen Fällen die Enge des Aortensystems an der Beschaffenheit der großen Arterien, Carotis und Radialis nachweisen.

Für die Zukunft habe man bei der klinischen Beurtheilung von Herzstörungen ohne Klappenfehler die angeborene Enge des Aortensystems als prädisponirendes Moment mit in Betracht zu ziehen. —

An diesen Vortrag des Verf., der in dem Verein für innere Me-

dicin in Berlin gehalten wurde, schloss sich eine längere Debatte, an der sich die Herren F. Müller, A. Fränkel, P. Guttmann, Litten und Heinemann betheiligten (cf. dies. Wochenschr. p. 599). Wir heben aus dieser Debatte die Bemerkung F. Müller's hervor, dass die Diagnose der Enge des Aortensystems eine klinische sein müsse, da die anatomische Untersuchung nicht selten auf diesem Gebiet Irrthümern ausgesetzt sei. Er berichtet über 2 Fälle, bei denen intra vitam abnorm hohe Pulswellen beobachtet wurden, bei der Autopsie dagegen in Folge der natürlichen Elasticität der Wandungen die Körperarterien abnorm eng gefunden wurden. Eine post mortem gefundene Enge der Arterien könne daher nicht mit Sicherheit dafür sprechen, dass dieselben nicht während des Lebens sehr erweiterungsfähig gewesen seien. von Noorden (Gießen).

---

7. **Owen.** Report on the inquiry into the connection of disease with habits of intemperance. (Reports of the Collective Investigation Committee of the British Medical Association.)

(Brit. med. journ. 1888. No. 1434.)

Die Ermittelungen der British Medical Association über die Beziehungen zwischen dem Alkoholgenuss und Krankheiten erstrecken sich auf 4234 nach dem 25. Lebensjahr verstorbene Männer. Von diesen hatten sich 149 des Alkoholgenusses überhaupt enthalten, 1645 werden als mäßige (habitually temperate), 1122 als Gelegenheitstrinker (careless drinkers), 653 als tüchtige Zecher (free drinkers) und 653 als Gewohnheitssäufer (decidedly intemperate) bezeichnet.

Von den in mancher Beziehung interessanten Resultaten dieser Sammelforschung, welche im Original nachgelesen zu werden verdient, seien folgende wichtigere Resultate hervorgehoben:

1) Gewohnheitsmäßiger Alkoholgenuss kürzt auch schon bei geringem Überschreiten der Mäßigkeitsgrenzen das Leben, und zwar steht die durchschnittliche Kürzung des Lebens ziemlich genau im Verhältnis zum Grade des gewohnheitsmäßigen Alkoholgenusses.

2) Nach dem 25. Lebensjahr beträgt die Differenz der Lebensdauer zwischen den mäßigen Trinkern und den Säufern durchschnittlich mindestens 10 Jahre.

3) Für die Entstehung der Lebercirrhose und der Gicht wird unmäßiger Alkoholgenuss mit Recht verantwortlich gemacht und es giebt keine andere Krankheit, die in ähnlich deutlicher Weise auf den Alkoholgenuss zurückgeführt werden kann.

4) Abgesehen von diesen Erkrankungen besteht die schädliche Wirkung des Alkohols mehr in der Herbeiführung einer Prädisposition zu Erkrankungen überhaupt, als in dem Hervorbringen einer besonderen pathologischen Läsion.

5) Bei der Ätiologie chronischer Nierenerkrankungen spielt wahr-

scheinlich unmäßiger Alkoholgenuss direkt oder durch Herbeiführung der arthritischen Disposition eine Rolle.

6) Alkoholgenuss begünstigt nicht die Entstehung bösartiger Geschwülste.

7) Junge Alkoholiker verfallen nicht leicht, alte dagegen leicht der Tuberkulose.

8) Die Neigung zu Apoplexie wird durch den Alkoholgenuss nicht beeinflusst.

9) Die Neigung zur Bronchitis, die Zahl der Todesfälle an Pneumonie und wahrscheinlich auch am Typhus wird nicht vom Alkoholgenuss beeinflusst.

10) Eben so verhält es sich mit der Prostatahypertrophie und der Neigung zur Cystitis.

11) Die absolute Enthaltsamkeit und der mäßige Alkoholgenuss vermehren die Aussicht auf einen Tod in Folge von Altersschwäche ohne besondere Organerkrankung. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

---

8. **H. Hoppe** (Berlin). Über die Wirkung des Phenacetin (Para-Acetphenetidin).

(Therapeutische Monatshefte 1888. April. p. 160.)

Versuche über die Wirkung des Phenacetin als Antipyreticum (20 Fälle) und Nervinum (25 Fälle) führten den Verf. zu folgenden Resultaten:

»Das Phenacetin ist eine (wahrscheinlich auf das Centralnervensystem wirkende) Substanz, welche in kleinen einmaligen Dosen von 0,1—0,3 bei Kindern, von 0,25—0,5 (0,7) bei Erwachsenen kräftig antipyretisch wirkt, ohne im Allgemeinen üble Erscheinungen zu machen. Bei kräftigen Personen kann es in dreisten Dosen gegeben werden, doch dürfte vor seiner Anwendung bei schwächlichen, durch lange chronische (Infektions-) Krankheit heruntergekommenen Individuen, besonders Phthisikern zu warnen sein. In Fällen von akuten fieberhaften Krankheiten wird man es eben so gut wie das Antipyrin und Antifebrin anwenden können.

In größeren Dosen von 1,0—2,0 und darüber wirkt es beim Gesunden individuell verschieden, bei leichter erregbaren (disponirten) Naturen stärker als bei kräftigen. Die Wirkung ist vorzugsweise sedirend, Müdigkeit, Gähnen und Schlafsucht erregend; in einzelnen wenigen Fällen macht es Schwindeln, Frösteln, Übelkeit.

In diesen größeren Dosen von 1,0—2,0 (eventuell auch mehrmals täglich), ist das Phenacetin ein vorzügliches, besonders bei Migräne bewährtes Antineuralgicum resp. Nervinum, welches im Ganzen etwas langsam (gewöhnlich in 1—2 Stunden), aber sicher wirkt, meist ohne Nebenerscheinungen. Wo solche auftreten, sind dieselben nicht allzu erheblich und in ziemlich kurzer Zeit verschwunden. (Nach den mitgetheilten Krankengeschichten scheinen unangenehme Neben-

wirkungen doch nicht ganz selten zu sein und dürfte Vorsicht, namentlich bei den Anfangsdosen, doch angezeigt erscheinen. Ref.)

A. Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

9. Renvers. Kasuistische Beiträge zur Lehre von der relativen Insufficienz der Aortenklappen.

(Charité-Annalen 1888. p. 223—234.)

Verf. theilt einige seltene Fälle von relativer Insufficienz der Aortenklappen mit, welche bei intaktem Klappenapparat durch eine Dilatation der Aortenwurzel bedingt war.

1) Ein 41jähriger Arbeiter, früher stets gesund, will sich im Mai durch Heben und Tragen schwerer Lasten angestrengt haben und klagt seitdem über Druck in der Magengegend, Athemnoth und heftiges Herzklopfen. Die Beschwerden nahmen zu, es traten Ödeme auf und am 12. November erfolgte die Aufnahme in die Charité. Hierbei konstatirte man starke Cyanose, Ödeme, sichtbaren Carotidenpuls, Dyspnoe, eine starke Verbreiterung der Herzdämpfung, eine diffuse systolische Erschütterung der ganzen Herzgegend, über der Herzspitze ein lautes systolisches Geräusch und über der Aorta ein schwaches systolisches und lautes rauschendes diastolisches Geräusch, Kapillarpuls, Carotidenschwirren, kurz, die Symptome hochgradiger Aorteninsufficienz. Später stellten sich Ascites, Hydrothorax, Lungeninfarkt ein, die subjektiven Beschwerden nahmen zu und am 10. Oktober trat der Exitus letalis ein. Bei der Sektion fanden sich ganz normale Aortenklappen, die aber durch starke Dilatation des Lumens der Aortenwurzel nicht mehr schlussfähig waren; die Überdehnung des Herzmuskels, so wie seiner Ostien fand wahrscheinlich in Folge körperlicher Überanstrengung statt.

2) Der 2. Fall betrifft eine 48jährige Näherin, die früher gleichfalls stets gesund war, vor 12 Jahren zuerst mit Muskelschmerzen erkrankte und seit 2 Jahren an Athemnoth und Herzklopfen litt; am 28. November erfolgte ihre Aufnahme und man konstatirte dabei starke Cyanose des Gesichts, Ödeme, Verbreiterung der Herzdämpfung, an der Herzspitze ein langes Geräusch, über der Pulmonalis ein kurzes systolisches Geräusch und einen klingenden 2. Ton; über der Aorta war ein starkes diastolisches Geräusch hörbar. Daneben bestand Tabes dorsalis. Nach vorübergehender Besserung steigerten sich die Dyspnoe und die Herzbeschwerden und am 5. Januar 1888 trat der Exitus letalis ein. Bei der Obduktion fand sich starke Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels, die Aortenklappen waren zart, schlussfähig; nur bei Erhöhung des Druckes schlossen sie nicht mehr. Die Aorta, an der Wurzel und über den Klappen erweitert, war über denselben fettig entartet, und arteriosklerotisch. Hier ist die Erweiterung der Aortenwurzel wahrscheinlich als die Folge der durch die Arteriosklerose des Gefäßsystems eingetretenen Dilatation des linken Ventrikels aufzufassen.

Goldschmidt (Nürnberg).

10. Fräntzel. Wann soll man von der Eröffnung eitriger pleuritischer Exsudate durch Schnitt in den Pleurasack überhaupt Abstand nehmen?

(Charité-Annalen 1888. p. 310—322.)

Obwohl im Allgemeinen die operative Eröffnung eitriger pleuritischer Exsudate durch den Schnitt in den Pleurasack sowohl mit als ohne Rippenresektion als die einzige Möglichkeit einer vollständigen Heilung von verschiedenen Seiten in den letzten Jahren hingestellt wurde, giebt es doch gewisse Fälle, in welchen man von der operativen Behandlung Abstand nehmen muss und Verf. macht auf diese Kontraindikationen an der Hand einiger Beispiele aufmerksam.

1) Der 1. Fall betrifft einen jungen Mann, der stets gesund war, ohne erbliche Belastung, mit einem großen rechtsseitigen pleuritischen Exsudate erkrankte; die linke Lunge war vollständig frei; bei einer Punktion entleerten sich 1500 ccm seröser Flüssigkeit, in welcher Tuberkelbacillen nicht nachweisbar waren; nach 3 Tagen kehrte das Exsudat wieder und wurde nochmals mit gleichem Erfolge punktirt; der fieberlose Verlauf und die rasche Ergänzung des Exsudates erweckten den Verdacht auf Tuberkulose und wurden weitere operative Eingriffe abgerathen. Das Allgemeinbefinden blieb gut, obwohl nach einigen Monaten ein Pneumothorax auftrat; der Verlauf blieb fieberlos; der Zustand änderte sich aber gar nicht und trotz Widerrathens ließ Pat. sich operiren; eine starke Pleurafistel blieb zurück, immer neue Rippenstücke wurden resecirt, doch dehnte sich die Lunge nicht mehr aus, auch die bis dahin gesunde Lunge wurde tuberkulös und Pat. erlag alsbald seinem Leiden.

2) Ein 64jähriger Mann erkrankte nach einer Pneumonie mit rechtsseitiger serös-eitriger Pleuritis; hohes Fieber, heftige subjektive Beschwerden. Bei der Unmöglichkeit eines nennenswerthen Einsinkens des Thorax, so wie bei der wahrscheinlich sehr starken Kompression der Lunge rieth Verf. von einer Operation ab, doch musste diese trotzdem erfolgen, da an der Einstichstelle bei der Probepunktion sich ein Abscess entwickelt hatte, der mit der Pleurahöhle in Verbindung stand: es wurde desshalb der Abscess gespalten und später die Rippenresektion gemacht und ca. 2000 ccm stinkenden Eiters entleert; trotzdem erfolgte nach 3 Tagen der Exitus.

3) Ein 42jähriger Mann erkrankt an rechtsseitiger eitriger Pleuritis mit heftiger Dyspnoe, ohne Fieber; Tuberkelbacillen waren nicht nachweisbar Da Pat. sichtlich kollabirte und dringend um Hilfe bat, wurde die Rippenresektion gemacht und aus einem abgesackten Herde ca. 800 ccm Eiter entleert. Die Wunde heilte gut, eine Besserung trat aber nicht ein und Pat. starb 4 Wochen nach der Operation. Bei der Sektion fand sich ausgedehntes Carcinom der Pleura, deren beide Blätter fest mit einander verwachsen waren.

Diese Beispiele zeigen also, dass eine Operation des eitrigen pleuritischen Exsudates nutzlos ist und vermieden werden soll, erstens bei gleichzeitig bestehender Tuberkulose, zweitens bei einem starren Thorax und nicht mehr ausdehnungsfähiger Lunge und endlich bei fieberlosem Verlaufe in höherem Alter und bei bestehendem Verdachte auf maligne Neubildung als Ursache der Pleuritis.

Goldschmidt (Nürnberg).

11. **Mario Sacchi.** Un secondo caso di polso sottoungeale venoso capillare.

(Riforma med. 1888. No. 224.)

Giocco beobachtete zuerst bei der Tricuspidalinsufficienz einen Kapillarpuls im Nagelbett. Verf. fügt eine neue Beobachtung an, in welcher eine 60 Jahre alte Frau mit relativer Insufficienz der Tricuspidalis einen durch herzsystolischen Rückfluss des Blutes in die Venen zu Stande kommenden Kapillarpuls zeigte, als Ausdruck der stärksten Entwicklung einer rückläufigen Venenblutwelle.

G. Sticker (Köln).

12. **Francesco Cimbali.** Pielonefrite suppurativa in individuo con rene unico.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1888. Fasc. 5.)

Eine im 20. Lebensjahre überstandene Gonorrhoe hinterlässt eine erhebliche Harnröhrenstriktur, welche den Grund zu einer später hinzutretenden eitrigen Pyelonephritis und sekundärer Cystitis legt. Erstere setzt bei dem Kranken, der inzwischen das 32. Lebensjahr erreicht hat, spontan mit einem Schüttelfrost am 19. März ein und führt unter den Erscheinungen schwerer Urämie bereits am 8. April desselben Jahres zum Tode. Bei der Autopsie ergab sich, dass die rechte Niere völlig fehlte, bei Vorhandensein der Nebenniere. Dieser Befund erklärte manche Eigenthümlichkeiten im klinischen Verlauf: die Schmerzlosigkeit der

rechten Lumbalgegend bei höchster Empfindlichkeit der linken, den schnellen Eintritt der Intoxikation, den raschen Ausgang in Tod. **G. Sticker** (Köln).

13. **Sante de Sanctis.** Sulla malattia di Glénard.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1888. Fasc. 5.)

Den bekannten Mittheilungen Glénard's über eine besondere Form der Neurasthenia dyspeptica und ihre Behandlung stimmt Verf. durchaus bei; er preist Glénard als »einen zweiten Beard«. Seine eigenen klinischen Erfahrungen fasst er in die Sätze zusammen:

1) Es giebt essentielle Neurasthenien, in denen Störungen der Unterleibsorgane, namentlich auch des Geschlechtsapparates als sekundäre Symptome auftreten und in denen die Behandlung der letzteren eine Heilung der Neurasthenie nicht herbeizuführen vermag.

2) Der größere Theil der Neurasthenien indess beruht auf einer örtlichen Erkrankung der Baucheingeweide im Sinne Glénard's (Enteroptosis) und hier führt die Behandlung nach Glénard allein und fast mit Sicherheit zur Genesung.

G. Sticker (Köln).

14. **Pfuhl.** Typhus abdominalis mit Ikterus. (Aus dem Garnisonlazarett Altona.)

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1888. Hft. 9 u. 10.)

Im Sommer 1885 beobachtete Verf. im 1. Thüringischen Infanterieregiment No. 31 eine Typhusepidemie, die sowohl in Bezug auf die Entstehungsweise als auch durch eine auffallend häufige Komplikation mit Ikterus Interesse beansprucht. Im Ganzen erkrankten 49 Fälle, von denen 10 der schweren ausgesprochenen Form des Typhus angehörten, 15 weniger ausgesprochen waren (gastrisches Fieber) und 24 das Bild eines fieberhaften Magenkatarrhs darboten, die aber auch in so charakteristischer Weise verliefen, dass sie Verf. gleichfalls auf dieselbe Entstehungsursache zurückzuführen sich veranlasst sieht. Ein Fall verlief letal, 9 Fälle waren durch mehr oder minder intensiven Ikterus komplicirt.

Bezüglich der Entstehung der Epidemie war auffallend, dass dieselbe mit der Badezeit zusammenfiel und erlosch, sobald das Regiment zum Manöver ausrückte; dies deutete mit großer Wahrscheinlichkeit auf das zum Baden benutzte Flusswasser als das ätiologische Moment hin und dies um so mehr, als dasselbe zahlreichen Verunreinigungen jeder Art, auch durch menschliche Dejektionen, ausgesetzt ist und die bakteriologische Untersuchung im Wasser eine kolossale Anzahl entwicklungsfähiger Keime nachwies. Leider gelang es nicht in demselben den Typhusbacillus aufzufinden. Mit dem Verbote der Benutzung der betr. Badeanstalt blieben ähnliche Massenerkrankungen in den nächsten Jahren aus.

Was nun die Deutung der während der Epidemie beobachteten Erkrankungen betrifft, so fühlt Verf. selbst, dass ein großer Theil derselben mit dem gewöhnlichen Krankheitsbilde des Typhus nichts gemein habe; der meist plötzliche Beginn mit Kopfschmerzen, Diarrhoen, Frost und hohem Fieber (in vielen Fällen sogleich nach dem Bade), der kurze Fieberverlauf, der rasche staffelförmige Abfall des Fiebers, die Leber- und Milzschwellung, die in 3 Fällen beobachtete Nephritis stellen einen Theil der vom Verf. als Typhus gedeuteten Erkrankungen am ehesten noch der Weil'schen neuen Infektionskrankheit nahe (dass diese bis jetzt immer nur sporadisch beobachtet wurde, dürfte nach Ansicht des Ref. nicht gegen die Annahme sprechen, dass es sich in einem Theile der beschriebenen Fälle doch um die Weil'sche Krankheit gehandelt habe). Nichtsdestoweniger, macht das Auftreten der Erkrankungen im Verlauf einer Typhusepidemie es dem Verf. wahrscheinlich, dass dieselben durch die gleiche Noxe entstanden seien und dass sie als Abortivtyphen aufzufassen seien, zu denen der Ikterus als der Ausdruck einer Mischinfektion hinzugekommen ist, zu welcher nach dem Resultate der bakteriologischen Wasseruntersuchung Gelegenheit genug gegeben war. (Ref. kann sich dieser Ansicht nicht ganz anschließen, glaubt vielmehr, dass das häufige Auftreten des Ikterus gerade bei den leichtesten Fällen während der Epidemie

gegen die Annahme spreche, dass alle diese Fälle als Typhen zu deuten seien, da nach seiner Erfahrung der Ikterus beim Typhus eine sehr seltene und meistens nur die schwersten Fälle betreffende Komplikation darstellt. Ob in solchen Fällen der Ikterus als eine Mischinfektion aufzufassen sei, ist dem Ref. zweifelhaft, da er in 2 Fällen von Typhus mit Ikterus, die tödlich verliefen, trotz sorgfältigster bakteriologischer Untersuchung nur die Typhusbacillen nachweisen konnte.)

Goldschmidt (Nürnberg).

15. **Bramwell.** A peculiar case of lead-poisoning.

(Brain 1888. Januar.)

Der Fall von Bleivergiftung (Bleisaum, Obstipation, Kolik, bei Ausschluss eines anderweitigen Hirnleidens) ist merkwürdig durch Herabsetzung der Sehschärfe, koncentrische Einengung des Gesichtsfeldes für weißes Licht und für Farben, theilweise Farbenblindheit — bei völlig normalem Augenhintergrund. Von sonstigen nervösen Erscheinungen bestanden nur Kopfschmerz, Muskeltremor, Schlaflosigkeit. Schnelle Genesung unter Gebrauch von Jodkali und schwefelsaurer Magnesia.

Tuczek (Marburg).

16. **C. Westphal.** Über multiple Sklerose bei zwei Knaben.

(Charité-Annalen 1888.)

Beobachtung I. Wilhelm Meess, 11 Jahre alt. Anamnese: Keine hereditäre Anlage. Mit 6 Jahren erlitt Pat. einen Hundebiss in das rechte Bein, am folgenden Tage Krampfanfall. Seit dem 8. Jahre soll er häufig zu Boden gefallen sein. Mit 10 Jahren Diphtherie. Danach Verschlechterung des Ganges. Er lief stets die Spitzen der Stiefelsohlen durch. Seit $^3/_4$ Jahren Unfähigkeit allein zu gehen. Schmerzen im Keuz. Vor 2 Jahren starkes Schwindelgefühl. Intelligenz früher normal, seit 2 Jahren Gedächtnisschwäche und Abnahme der Intelligenz. Status praes.: Untere Extremitäten zeigen dürftiges Volumen. Kontraktur der Achillessehne beiderseits. Widerstand des Hüftgelenkes bei passiver Bewegung. Aktive Beweglichkeit beschränkt und ohne Kraft, am schwächsten im Kniegelenk. Spastische Kontraktur in gewissen Muskelgruppen des Oberschenkels. Sensibilität normal. Dorsalclonus nicht regelmäßig. Kniephänomene gesteigert. Gang breitbeinig, unsicher, mit Hebung des Beckens, da die Fußspitzen am Boden gleichsam kleben. Hautreflexe normal. An den oberen Extremitäten zeigt sich nur eine erhebliche Schwäche der Muskelkraft. Sehnenphänomene deutlich. Beweglichkeit der Augen frei, beim Nachaußensehen kann Pat. dieselben nur kurze Zeit fixiren. Pupillen etwas weit, reagiren auf Licht. Abblassung der temporalen Papillenhälften, links mehr wie rechts. Gesichtsfeld eingeschränkt, namentlich für Farben. Erhebliche Verlangsamung der Sprache. Übrige Gehirnnerven normal. Intelligenz schwach.

Beobachtung II. Georg Reinhold, 9 Jahre alt. Anamnese: Hereditär psychisch belastet. Gang soll sich seit 4 Jahren nach der Operation einer Mastdarmfistel verschlechtert haben. Lief die Spitzen der Stiefelsohlen durch. Beim raschen Gehen häufiges zu Boden fallen. Oft Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Zittern der Hände mit 6 Monaten. Wackelbewegungen des Kopfes seit mehreren Wochen. Sprache früher normal, ist langsamer geworden. Stat. praes.: Großer Umfang des Kopfes (56,5 cm). Blick nach oben fast ganz aufgehoben, seitlich beschränkt. Linkes Augenlid hängt ein wenig herab. Deutlicher Nystagmus. Pupille eng. Lichtreaktion gering. Linke Papille in toto etwas blasser als normal, rechts totale Abblassung, untere Partie etwas getrübt. Facialisgebiet normal. Verlangsamung der Sprache. Beim Lachen häufig Wackeln des ganzen Körpers. Untere Extremitäten: Muskeln nicht atrophisch. Passive Beweglichkeit frei mit Ausnahme im Hüftgelenk, wo Pat. die Beine nur bis zur halben Höhe heben kann. Aktive Bewegungen links unter Zittern. Grobe Kraft in allen Muskelgruppen gegen rechts stark abgeschwächt. Keine Steifigkeit. Kniephänomene verstärkt. Fußclonus sehr deutlich, rechts schwach. Gang wie in dem vorigen Falle. Sensibilität normal. Obere Extremitäten zeigen mäßige Herabsetzung der motorischen Kraft. Sehnenphänomene etwas gesteigert. Beim Greifen der Gegenstände deut-

liches Wackeln der Arme. Bettnässen fast jede Nacht. Intelligenz schwach. Die Heiterkeit und Geschwätzigkeit des Pat. macht entschieden den Eindruck des Pathologischen.

Der Vergleich der Krankheitserscheinungen zeigt eine deutliche Analogie beider Fälle. Zwar weicht das Krankheitsbild namentlich in Bezug auf die nur geringen Spasmen und das fast ganz fehlende Zittern von dem Charcot'schen Bilde ab, jedoch ist die Diagnose aus den übrigen Symptomen gesichert. Entscheidend ist vor Allem die Opticusatrophie. Über das Vorkommen der multiplen Sklerose bei Kindern sind bereits mehrfach Fälle in der Litteratur bekannt geworden, freilich nur sehr selten mit Sektionsbefund. **A. Neisser** (Berlin).

17. H. Oppenheim. Über einen durch Störungen im Bereich der Augenmuskeln und der Kehlkopfmuskulatur merkwürdigen Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie.

(Charité-Annalen 1888.)

Verf. berichtet über einen Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie, der dadurch bemerkenswerth ist, dass neben ausgebreitetem Muskelschwund am Rumpf und den Extremitäten eine Betheiligung der Augen-, Zungen- und Kehlkopfmuskulatur zu konstatiren war. Die Beweglichkeit der Bulbi ist in seitlicher Richtung beeinträchtigt. Besonders groß ist der Defekt für den Rect. ext. Auch tritt bei forcirten Seitenbewegungen Nystagmus ein. Doppeltsehen hat nie bestanden. Sobald das eine Auge des Pat. verschlossen wird, wird das andere von nystagmusartigen Zuckungen ergriffen. Dieser Nystagmus tritt regelmäßig auf, auch wenn Pat. die Blickrichtung nicht ändert. Beim Versuch, für die Nähe zu konvergiren, weicht der linke Bulbus nach außen ab. (Insufficienz der Rect. interni.) Die Zunge wird gerade, jedoch unvollkommen herausgestreckt, die Seitwärtsbewegungen derselben sind erschwert. Das Gaumensegel hebt sich beim Phoniren wenig und etwas asymmetrisch, in so fern als der ganze weiche Gaumen etwas nach rechts verzogen wird. Uvula hängt stark nach links herüber. Facialisgebiet frei. Stimme des Pat. auffallend pueril. Der laryngoskopische Befund zeigt einen schmalen ovalären Spalt zwischen den Stimmbändern beim Phoniren. Bei der Seltenheit derartiger Fälle (bisher eine einzige Publikation) und dem Mangel einer Autopsie ist eine hinreichende Erklärung aller Komplikationen nicht möglich.

A. Neisser (Berlin).

18. Senator. Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Herderkrankungen des Gehirns.

(Charité-Annalen 1888.)

I. Solitärer Tuberkel im linken Thalamus opticus. Rechtsseitige Ataxie. Tod durch Masern.

Parese der rechtsseitigen unteren Facialiszweige. Schwäche und ausgesprochene Ataxie der rechtsseitigen Extremitäten. Passive Bewegungen leicht ausführbar. Haut und Sehnenreflexe, Sensibilität, elektrische Erregbarkeit normal. Trophische Störungen nur im rechten Arm bemerkbar. Der walnussgroße Tumor hatte fast den gesammten Thalamus opticus zerstört, nur nach hinten und oben ist eine ca. 2 mm dicke Schicht erhalten. Tuberkelbacillen waren nicht nachzuweisen. Verf. bestätigt im Allgemeinen die neuerdings über die Bedeutung der Sehhügel von Bechterew gemachten Beobachtungen, erweitert dieselben aber dahin, dass Affektionen eines Sehhügels zu Coordinationsstörungen in den entgegengesetzten Extremitäten führen, welche sich entweder in choreiformen Zuckungen, sei es mit, sei es ohne intendirte Bewegungen, oder als eigentliche Ataxie zu erkennen geben. Im Gegensatz zu Bechterew's Befunden fehlte jede Störung der unwillkürlichen mimischen Bewegungen vornehmlich der Gesichtsmuskeln. Ob jene stehen gebliebenen Partien des Thalamus an jenen Bewegungen betheiligt sind oder ob dieses Symptom ein zufälliges bei Bechterew's Ergebnis war, vermag Verf. nicht zu entscheiden.

II. Linkshändigkeit in Folge hereditärer Anlage. Abscess im linken Schläfenlappen ohne Störungen des Gehörs und der Sprache. Ohrensausen.

Bei einem Falle von Myxosarkom des Beckens mit Lungen- und Leberabscessen und peritonitischen Veränderungen fand sich bei der Sektion ein über walnussgroßer Abscess im linken Schläfenlappen, genau in der Gegend, deren Zerstörung sensorische Aphasie zu bewirken pflegt. Intra vitam hatte nie eine Störung der Sprache bestanden. Nur heftiges Ohrensausen soll vor der Spitalaufnahme bestanden haben. 3 Stunden vor dem Tode traten tonisch-klonische Krämpfe ein, die bis zum Exitus letalis persistirten. In Folge dieses Mangels an Symptomen kam Verf. auf die Vermuthung, dass der Verstorbene Linkshänder gewesen sein könnte. Dieses bestätigte sich. Die Linkshändigkeit war in der Familie erblich. Von 5 Geschwistern des Pat. waren 4 sicher linkshändig, die beiden Kinder desselben ebenfalls. Dieser Fall ist ein Seitenstück zu der von Westphal in der Berliner klin. Wochenschrift 1884 mitgetheilten Beobachtung. **A. Neisser** (Berlin).

19. **Bramwell.** Case of cancer of the right lobe of the cerebellum and left lenticular nucleus etc.

(Brain 1888. Januar.)

Linker Linsenkern ganz in einen Krebsknoten aufgegangen; innere Kapsel unversehrt. Ein zweiter größerer Tumor im Inneren der rechten Kleinhirnhemisphäre mit Bedrängung des rechten Brückenschenkels; eine dritte Neubildung von unbedeutendem Umfang am oberen Drittel der rechten hinteren Centralwindung. Keinerlei Lähmung (außer vorübergehender rechtsseitiger Facialisparese). Außer Schwindel und den allgemeinen Hirndrucksymptomen (Erbrechen, Kopfweh, Stauungspapille, Benommenheit) keine Erscheinungen.

Tuczek (Marburg).

20. **Eulenburg** (Berlin). Über »Simulo« als Antiepilepticum und Antihystericum.

(Therapeutische Monatshefte 1888. August. p. 353.)

E. prüfte die von England aus als Antiepilepticum empfohlene, aus den Samen von Capparis corriacea dargestellte Simulotinktur bei 3 Hysterischen und 4 Epileptikern. Bei jenen sah er so gut wie gar keine Wirkung, bei diesen eine der Wirksamkeit der Brompräparate entschieden nachstehende; nur in einem der letzteren Fälle, bei welchem die Wirkung der Brompräparate sehr ungenügend war, schien, freilich nur vorübergehend, die Simulotinktur etwas besser zu wirken.

A. Freudenberg (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

21. **H. Nebel** (Hamburg). Beiträge zur mechanischen Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der schwedischen Heilgymnastik, speciell der mechanischen Gymnastik des Dr. Gust. Zander.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1888.

N., ein begeisterter Anhänger der schwedischen, insbesondere der Zander'schen Heilgymnastik, beleuchtet in der vorliegenden, von Zander mit Anmerkungen begleiteten Monographie an den Erfahrungen Zander's und nach eigenen Beobachtungen das Wesen und einige Erfolge der mechanischen Behandlung. Die Arbeit zerfällt in 3 selbständige Theile.

Der 1. Theil handelt über »die mechanische Behandlung der Kreislaufstörungen«. N. bespricht im Wesentlichen an der Hand der Anschauungen Örtel's die Wirkung, welche durch Bewegungskuren auf den Herzmuskel und die Cirkulation zu erzielen sind. Er hält mit Zander dafür, dass dieselben Erfolge auch durch die Heilgymnastik erzielt werden können, welche vor den Örtel'schen Terrainkuren den Vorzug besserer Dosirbarkeit habe, und dem schädlichen Missbrauche seitens des Kranken nicht (wohl nur: weniger, Ref.) ausgesetzt sei.

Der 2. Theil, »die mechanische Behandlung der Chorea«, giebt eine historisch-kritische Übersicht über die Entwicklungsgeschichte der mechanischen Behandlung dieser Krankheit. N. geht hierbei in seinem Enthusiasmus wohl etwas zu weit, wenn er die mechanische der medikamentösen Behandlung (namentlich dem Arsen) vorzuziehen scheint; doch wird der Leser aus der interessanten Zusammenstellung jedenfalls die Überzeugung gewinnen, dass die mechanische Behandlung namentlich in schweren Fällen neben jener entschieden Berücksichtigung verdient.

Der 3. Theil behandelt »die mechanische Behandlung des Muskelrheumatismus, speciell des ,Hexenschusses'«, wobei N. energisch gegen die Anschauung Schreiber's ankämpft, als ob dem Kranken, wenn man Erfolge erzielen will, Schmerzen erzeugt werden müssen. Freilich giebt er selbst zu, dass »es ohne Schmerz bei der mechanischen Behandlung der Myositiden leider nicht abgeht«.

Die mechanische Behandlung hat in letzter Zeit in Deutschland entschieden einen Aufschwung genommen, man ist geneigter als durchschnittlich früher, ihr die verdiente Anerkennung zu Theil werden zu lassen. Die N.'sche Arbeit kann Jedem, der sich für diese Behandlungsmethode interessirt, nur empfohlen werden.

A. Freudenberg (Berlin).

22. **L. Hirt.** System der Gesundheitspflege. Vierte Auflage.
Breslau, **Maruschke & Berendt,** 1888.

Die bisherigen 3 Auflagen des vorliegenden Werkes haben sich, so weit uns bekannt, großer Verbreitung und Beliebtheit zu erfreuen gehabt, die auch der 4., welche der Verf. sorgfältig und gewissenhaft überarbeitet zu haben angiebt, wohl nicht fehlen werden. Dieselbe behandelt in 10 Abschnitten: die Luft, das Wasser, den Boden, die Infektionskrankheiten, die Verhütung derselben, die Nahrungs- und Genussmittel, die Kleidung und Körperpflege, die Berufsart, die Wohnungen, Schulen, Hospitäler und Gefängnisse, das Beerdigungswesen auf im Ganzen nahezu 300 Seiten. Unserer Meinung nach kann man heut zu Tage auf diesem Raum wohl einen Grundriss der Hygiene für das größere Publikum geben, wie es Erismann in trefflicher Weise gethan hat, aber nicht ein »für die Universität und die ärztliche Praxis« ausreichendes Buch, wie es H. will. Auch die Durchsicht desselben hat uns in dieser Anschauung nicht erschüttern können. Zwar sind einzelne Kapitel, z. B. die physikalische Luftuntersuchung, ausreichend bearbeitet, doch kann man dies durchaus nicht von den meisten behaupten. Dass es z. B. einen chronischen Alkoholismus giebt — eine für die Hygiene doch immerhin wichtige Thatsache — ist aus dem Buch überhaupt nicht zu ersehen. Man vergleiche ferner beispielsweise das Kapitel über Wasseruntersuchung; was der Verf. hier über die Methodik sagt, ist für einen bloßen Hinweis zu viel, für eine wirkliche Darstellung derselben viel zu wenig; die besten Methoden, wie die volumetrische Bestimmung der Salpetersäure als Stickoxyd werden überhaupt nicht erwähnt. Eben so wenig dürfte die Motivirung des Standpunktes des Verf., der die chemischen Grenzwerthe, nachdem er sie vorher einer ganz berechtigten Kritik unterworfen hat, schließlich doch gelten lässt, genügen. Bei der Wasserleitung heißt es: »Keine andere Berechnung als die mittels des Wasserzählers ist als maßgebend oder auch nur für zulässig zu erachten« — warum, wird nicht gesagt; die Kölner Einrichtungen beweisen das Gegentheil. Wie mit dem Wasser, verhält es sich mit den meisten übrigen Abschnitten: es wird Alles berührt, aber nichts erschöpft, und es erging uns nach der Lektüre des H.'schen Buches, wie nach einem Diner mit sehr vielen Gängen, aber sehr kleinen Portionen; wir sind hungrig aufgestanden. Indess behaupten ja Kenner, dass solche Diners die besten sind und so wird sich auch H. gegenüber unserer Kritik auf den unzweifelhaften Erfolg seines Buches berufen können.

Strassmann (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 9. Februar. 1889.

Über Darmsaftgewinnung beim Menschen.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

J. Boas, Berlin.

Die Gewinnung von Dünndarmsaft[1] beim Menschen war bisher lediglich an pathologische Vorkommnisse geknüpft. Abgesehen davon, dass die letzteren zu den größten Seltenheiten gehören, sind die hierbei gewonnenen Resultate nur mit Vorsicht für die bei der normalen und pathologischen Darmverdauung in Betracht kommenden Fragen zu verwerthen.

[1] Unter Dünndarmsaft verstehe ich Pankreassekret + Galle + Succus entericus.

Nach meinen Beobachtungen gelingt es bei einer großen Zahl Gesunder und Kranker durch ein höchst einfaches und unschädliches Verfahren das Sekret der betreffenden Drüsen in für die nothwendigen Untersuchungen durchaus zureichendem Maße zu gewinnen. Im Ganzen habe ich bis jetzt innerhalb eines Jahres bei über 20 Individuen Darmsaftmengen erhalten, die zwischen 15 und 200 ccm schwankten, in der Regel aber 40—50 ccm betrugen.

Die von mir angewendete Methode beruht auf der auch von Anderen gelegentlich gemachten Erfahrung, dass der Sphincterverschluss vom Darm nach dem Magen zu ungemein leicht durchbrochen werden kann: mäßige Pressbewegungen genügen bereits, im Darm vorhandene Sekretmengen mühelos in den Magen zu schaffen. Nun enthält in ganz analoger Weise wie der nüchterne Magen auch der nüchterne Darm nicht geringe Quantitäten unverbrauchten Sekretes, das vielleicht die Aufgabe hat, die bei der nächsten Digestionsperiode hineingelangenden Chymusmassen sofort in Angriff zu nehmen.

Dieses Sekret besitzt alle diejenigen Eigenschaften, welche dem gemischten Darmsaft zugeschrieben werden, d. h. es verdaut Fibrin in kurzer Zeit, wandelt rohe Stärke in Dextrine und Maltose um und spaltet Fette in der dem pankreatischen Safte zukommenden Weise. Dass andererseits alle der Galle eigenthümlichen Eigenschaften und Bestandtheile darin vorhanden sind, braucht kaum erwähnt zu werden.

Der Möglichkeit, Darmsaft mit Magensaft vermischt zu erhalten, was die Untersuchung natürlich stört, entgeht man dadurch, dass man sich vorher durch die Sonde von der An- oder Abwesenheit von Magensaft im nüchternen Magen überzeugt. Derselbe kann, wie ich in Übereinstimmung mit H. Rosin[2] betone, bei ganz Gesunden vorhanden sein. In solchen Fällen genügt es, den Magen mit einer 1%igen Sodalösung möglichst sorgfältig auszuwaschen. Lässt man jetzt exprimiren, so erhält man je nach der Menge der beigemischten Galle und je nach der Reinheit ein mehr gelbliches oder grünes, sonst aber klares oder leicht getrübtes gelatinöses, höchstens mit einigen Schleimflocken vermischtes Sekret von mehr oder weniger deutlich alkalischer Reaktion. Man kann dieses Sekret entweder wie es gewonnen ist oder, wo es sich um genauere Untersuchungen handelt, nach der Filtration auf die oben erwähnten Eigenschaften hin prüfen.

In einer Reihe von Fällen, in denen das Sekret entweder gar nicht oder nur in spärlicher Menge gewonnen wurde, bin ich so verfahren, dass ich vor der Einführung der Sonde zunächst die rechte Leberlappengegend zwischen der verlängerten Linea parasternalis und mamillaris, so wie von hier aus den linken Leberlappen einige Minuten leicht und vorsichtig massirte. Ich habe mich wiederholt von der

[2] Über das Sekret des nüchternen Magens. Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 47.

Zweckmäßigkeit dieses Verfahrens überzeugt, welches oft da zum Ziele führte, wo das Ergebnis vorher ein negatives oder unzureichendes war. Durch die Massage werden, wie es scheint, aus der Gallenblase so wie aus dem Ductus pancreaticus kleine Mengen vorgebildeten Sekretes in den Darm befördert, die dann leicht in der oben beschriebenen Weise in den Magen gepresst werden können.

Die Bedeutung der Thatsache, dass es bei einer großen Zahl Gesunder und Kranker gelingt, Darmsaft in Quantitäten zu erhalten, welche die durch Fisteln gewonnenen weit übertreffen, liegt auf der Hand. Wir gewinnen hierdurch die Möglichkeit, den Vorgang der Dünndarmverdauung nunmehr in so umfassender und systematischer Weise zu studiren, wie dies — Dank der Fortschritte der letzten Jahre — auf dem Gebiete der Magenverdauung der Fall war. Es wird dabei zunächst darauf ankommen, die physiologischen Fragen, die in mancher Hinsicht noch kontrovers sind, an der Hand des zu Gebote stehenden Materials zu verfolgen. Erst dann werden die wichtigen klinischen Gesichtspunkte, vor Allem die Fragen nach der diagnostischen Verwerthung des Darmsekretes näher beleuchtet werden können. Schon meine bisherigen Beobachtungen haben indess gewichtige Differenzen theils in der Zusammensetzung, theils in der digestiven Wirkung des durch die Sonde gewonnenen Darmsaftes ergeben, die im Zusammenhang mit den übrigen physikalischen und chemischen Befunden auf bestimmte Störungen im Gebiete der Dünndarmverdauung und der die betreffenden Sekrete liefernden Drüsen hinzuweisen scheinen. Ausgedehntere Erfahrungen werden zeigen, in wie weit es sich hier um klinisch verwerthbare Resultate handelt.

Ein Theil der physiologischen Untersuchungen, die ganz besonders mit Rücksicht auf die wichtigen Wechselbeziehungen zwischen Darm- und Magenverdauung angestellt sind, ist bereits abgeschlossen und soll demnächst zur Veröffentlichung kommen.

Berlin, im Januar 1889.

---

1. J. V. Laborde. Du noyau d'origine, dans le bulbe rachidien, des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique, ou noyau cardiaque.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 1888. No. 4.)

Verf. behandelt die Frage, ob sich in umgekehrter Weise, wie bei dem Flourens'schen Versuch eine Stelle finden lässt, von der aus es möglich ist, die Herzaktion zu sistiren, während die Athembewegungen weiter fortdauern. Verf. experimentirte an narkotisirten Kaninchen oder Katzen (wie viel Versuche angestellt wurden, ist nicht angegeben); er legte den Boden des vierten Ventrikels frei und stach an den Rändern der oberen Hälfte der Rautengrube, einer Partie, die in der Tiefe ungefähr den Kernen der letzten vier Hirnnervenpaare entspricht, mit einer Nadel ein, respektive exstirpirte die

betreffende Partie. Leider ist die anatomische Bezeichnung der Operationsgegend nicht genau angegeben, auch geben die Abbildungen in Folge der sehr variablen Struktur des Gehirns bei Katzen und Kaninchen nur ungenügenden Aufschluss. Das Resultat des Experiments ist folgendes: Der Herzschlag ist verlangsamt in dem Moment des Einstichs; bei tieferem Stich hört er ganz auf und zwar in der Diastole, während die Athembewegungen, wenn auch verlangsamt und unregelmäßig, bestehen bleiben. Diese Reizungen lassen sich nach bestimmten Ruhepausen eine Zeit lang wiederholen. Bei völliger Zerstörung der Reizstelle tritt eine starke und unregelmäßige Beschleunigung der Herzaktion auf, die anscheinend (?) bald zum Tode führt. Der Versuch wurde sowohl einseitig, wie auf beiden Seiten mit gleichem Erfolge ausgeführt. Um Fehlerquellen, d. h. jede Fern- oder Nebenwirkung benachbarter Centren oder Leitungsbahnen auszuschließen, hat der Verf. in Kontrollversuchen 1) die Großhirnlappen abgetragen, 2) das untere Cervicalganglion des Sympathicus entfernt, 3) das Rückenmark direkt unter der Medulla oblong. durchschnitten und bei künstlicher Athmung gereizt, 4) den N. accessorius, der motorische Fasern zum Vagus liefert, durchschnitten. Das Resultat war das gleiche wie vorher. Wird die Reizstelle von vorn herein zerstört, so tritt nur noch eine sehr starke Beschleunigung der Herzaktion auf. Hieraus schließt der Verf., dass neben dem von ihm zuerst beschriebenen Verlangsamungscentrum ein Beschleunigungscentrum existirt, die sich gegenseitig das Gleichgewicht halten. Wird das eine von ihnen zerstört, so gewinnt das andere die Oberhand.

Über die Dauer der einzelnen Reizungen, die Dauer des Herzstillstandes hat der Verf. keinen genauen Aufschluss gegeben, obwohl es von großer Wichtigkeit für die Versuche gewesen wäre. Auch zeigen sich andere Lücken in den Versuchen des Verf. Es wäre von Interesse gewesen zu erfahren, wie sich bei Zerstörung des einen Verlangsamungscentrum das andere entgegengesetzte Centrum verhalten hätte und umgekehrt, ferner ob das Thier nach der Vernichtung des einen Centrums noch fähig war weiter zu leben, und wie die Herzaktion sich in der Folge verhalten hätte etc.

Zum Schluss hat der Verf. die Wirkung seiner Reizungen auf die Gefäßbahnen festzustellen versucht. Die Gefäße verhielten sich dabei analog dem Herzen. **A. Neisser** (Berlin).

---

2. **Emmerich** und **di Mattei.** Untersuchungen über die Ursache der erworbenen Immunität.

(Fortschritte der Medicin 1888. No. 19.)

Die Verff. stellen sich die Fragen:

1) Welche Zeit ist nöthig, bis der durch Schutzimpfung immunisirte Thierkörper die in denselben eingeführten Rothlaufbacillen vernichtet hat?

2) Kommt bei diesem Vernichtungskampf, welchen der immunisirte Thierkörper gegen die Rothlaufbacillen führt, den Phagocyten im Sinne Metschnikoff's ein Antheil zu oder nicht?

Methode: Subkutane Injektion von 2—3 ccm Bouillonkultur tödtet ein Kaninchen in 5—6 Tagen. Dagegen wird dasselbe immunisirt, wenn ihm 1 ccm einer 2—3tägigen Kultur in die Ohrvene und nach 14 Tagen mehrere ccm subkutan injicirt werden. Jetzt verträgt das Thier 20—30 ccm Bouillonkultur, subkutan injicirt.

Der immunisirte Körper vernichtet nun die Bacillen schon in 2 Stunden, und zwar an Ort und Stelle der Injektion, ehe sie ins Blut gelangt sind. Auch intravenös injicirte Bacillen sind nach einer Stunde verschwunden. In anderen Organen können sie nicht deponirt sein, denn es gelingt ihr Nachweis weder 1 Stunde nach subkutaner Injektion, noch 12 Stunden nach intravenöser Injektion in irgend einem Organ, während im nicht immunen Thier dieser Nachweis 2, 4, 6, 8 Stunden nach subkutaner Injektion an der Injektionsstelle selbst und im Blut stets als Kontrolle gemacht wurde. 25 Minuten nach der Injektion waren die Bacillen im subkutanen Gewebe mikroskopisch nachzuweisen. Nach Gram gefärbt waren sie aber schmutzig blau, theilweise braun, geschlängelt oder gekörnt, zerfallen. Wenige Phagocyten, kein einziger Bacillus in einer Zelle. Alle Bacillen waren todt; die damit angestellten Kulturen blieben steril. Da ein Phagocyt zum Fressen eines Bacillus 15 Minuten braucht, so hätten sich sämmtliche Leukocyten des ganzen Körpers an den Ort der drohenden Gefahr begeben müssen, um die Unzahl der Eindringlinge zu bewältigen. Der obige Befund verneint die zweite der gestellten Fragen.

Der immunisirte Körper zerstört die Bacillen wie eine Sublimatlösung, so kräftig und schnell. Schon in 10 Minuten sind sie bedeutend geschwächt. Das antibakterielle Gift wird von den Zellen erzeugt und zwar möglicherweise außerhalb der Zelle im Saftstrome, durch Übertragung der intracellulären Molekularschwingungen auf denselben, etwa analog der Wirkung einer Hefezelle auf Zuckerlösung. Dass dieses Gift erst auf den Reiz der injicirten Bakterien gebildet wird und nicht, wie E. und M. anfänglich glaubten, präformirt im immunen Körper stets vorräthig ist, beweist der Versuch, wonach im abgeschnürten, von der Cirkulation sorgfältig ausgeschalteten Bein die Bacillen nach 12 Stunden noch leben. Dasselbe beweist der mit Dr. Pinto gemeinsam unternommene Versuch, wonach die Bacillen in der Augenvorderkammer immunisirter Thiere 24 Stunden und länger leben, während sie in allen anderen Geweben in 25 Minuten todt sind. Ferner tödtet Blut des immunisirten Körpers die Bacillen außerhalb des Körpers nicht. Wenn die Blutproben erst nach der intravenösen Injektion entnommen werden, so gehen darin die Bacillen nach 2 Tagen zu Grunde. Das antibakterielle Gift wird erst auf den Reiz der Bacillen hin gebildet, erst wenn das Bedürfnis nach einer Abwehr da ist. P. Ernst (Heidelberg).

---

3. Einhorn. Probemittagbrot oder Probefrühstück.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 32.)

4. Sticker. Die »Probemittagmahlzeit« und das »Probefrühstück« als Grundlage für die Diagnostik der chemischen Funktion des Magens in der ärztlichen Praxis.

(Ibid. No. 36.)

5. Ewald. Probefrühstück oder Probemittagbrot.

(Ibid.)

Bei einer Reihe von Personen reichte Einhorn an einem und demselben Tage ein Probefrühstück (Ewald-Boas) und ein Probemittagbrot (Leube-Riegel), um über den Werth dieser beiden Methoden vergleichende Untersuchungen anstellen zu können. Der Mageninhalt wurde stets durch die Ewald'sche Expressionsmethode gewonnen, der Inhalt geprüft auf Salzsäure, Milchsäure, Pepton, Propepton und zuweilen auf das Labferment. Zum Nachweis der Salzsäure bediente sich E. der Günzburg'schen Phloroglucin-Vanillinreaktion.

Aus diesen vergleichenden Versuchen kommt E. zu dem Schlusse, dass das Probefrühstück bei Weitem den Vorzug vor dem Probemittagbrot verdiene, weil es genauere und präcisere Resultate zulasse und außerdem ein reineres leichteres Verfahren darstelle als das Probemittagbrot. —

S. wendet sich gegen die Ausführungen Einhorn's, indem er als die Normalmethode für die Diagnostik der Funktionen, insbesondere die chemische Funktion des Magens in der ärztlichen Praxis die Methode Riegel's (sog. Leube'sche Probemahlzeit zur gewohnten Stunde der Hauptmahlzeit) festhalten zu müssen glaubt, da der Arzt nicht zu wissen nothwendig habe, wie viel Salzsäure im gegebenen Falle der Magen absondert, sondern wie viel Salzsäure er nicht absondert. Einer der Einwände gegen die Versuchsanordnung von Einhorn stützt sich darauf, dass die Untersuchungen an den Insassen der Frauensiechenanstalt in Berlin (meist wohl zahnlosen Frauen?) angestellt seien, welche ihre Speisen nicht ordentlich kauen und speicheln konnten. —

Gegen diese Einwände S.'s erhebt Ewald gewichtigen Einspruch, indem er einmal feststellt, dass die Voraussetzungen S.'s über die körperliche Beschaffenheit der Versuchspersonen ganz irrige seien, da die betreffende Anstalt auch jugendliche Personen beherberge und andererseits die Versuche Einhorn's zu dem Zwecke angestellt seien, um zu zeigen, ob die nach beiden Methoden gewonnenen Ergebnisse übereinstimmen oder nicht und welche Untersuchungsart unter gegebenen Verhältnissen eindeutigere Resultate giebt und bequemer zu handhaben ist.

Seifert (Würzburg).

---

6. **R. Stintzing.** Klinische Beobachtungen über Kalomel als Diureticum und Hydragogum. (Aus der med. Klinik des Herrn Geh. Rath v. Ziemssen.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII.)

Wenn auch schon älteren Ärzten die diuretische Wirkung des Kalomels nicht unbekannt war und Immermann sie schon 10 Jahre vor Jendrássik erwähnte, so bleibt doch Letzterem das Verdienst der Entdeckung dieses energischer als alle sonst bekannten Diuretica wirkenden Mittels ungeschmälert. Bei seinen Nachuntersuchungen suchte S. auch zu erfahren, welcher Antheil Haut und Lungen an der Abnahme des Hydrops zukomme. Wenn S. das Körpergewicht im Beginne der Kalomelkur mit K_1, dasjenige am Schluss derselben mit K_2, die Flüssigkeitsaufnahme mit F, die übrige Nahrungsaufnahme mit N, die Summe der täglich gemessenen Harnmenge mit H und die gesammte extrarenale Abgabe des Körpers während der Kur mit D bezeichnete, so ergab sich $K_2 = K_1 + F + N - H - D$ und also $D = K_1 - K_2 + F + N - H$.

Die Schlussergebnisse seiner Untersuchungen fasst S. in folgenden Sätzen zusammen: Die diuretische Eigenschaft tritt in geringem Grade oft schon am nicht hydropischen Menschen, in hohem Grade bei gewissen Formen der Wassersucht — am besten bei dem kardialen Hydrops — auf. Weniger zugänglich zeigen sich Hydropsien in Folge von Pfortaderstauungen und (besonders) chronischer parenchymatöser Nephritis, wie auch Pleuritis, Pericarditis etc. Hierbei spielt neben der auf den 1.—5. Tag fallenden und 4—12 Tage dauernden Steigerung der Diurese auch die Wasserabfuhr durch den Darm eine wesentliche Rolle; aber bei Überwiegen der extrarenalen Ausscheidung über die renale bleibt der günstige Allgemeinerfolg, der sich auch in dem Einflusse auf Appetit, Schlaf und Leistungsfähigkeit zeigt, aus. Bei eintretender Polyurie lassen sich Salivation, Stomatitis, Diarrhoen, Kolik etc. hintanhalten oder eindämmen, bei ausbleibender Polyurie sind diese Nebenwirkungen fast immer vorhanden, ist das Mittel also schädlich. Die Medikation (täglich 3mal 0,2 mit je 0,01 Opium) muss mindestens 3 Tage dauern, kann aber in einzelnen Fällen auch bis zu 12 Tagen fortgesetzt werden. Bei unvollständigem Erfolge oder Wiederkehr des Hydrops ist die Kur zu wiederholen. Tritt trotz Gargarismen mit Kali chloric. Stomatitis oder starke Diarrhoe auf, so muss die Kur sofort unterbrochen werden. Kombination des nach S. wahrscheinlich direkt auf das secernirende Nierenepithel wirkenden Kalomel mit Digitalis ist sehr zu empfehlen.

K. Bettelheim (Wien).

7. **J. Trost.** Allgemeinbehandlung der Syphilis mit Injektionen des »grauen Öls« (Oleum cinereum). (Aus der 2. Syphilisabtheilung des Primararztes Prof. E. Lang in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 18.)

Nachdem T. bei seinen ersten 52 im Titel bezeichneten Injektionen schmerzhafte Infiltrate und Suppuration entstehen sah, während Schuchter auf der Innsbrucker Klinik Lang's unter 1078 Injektionen keine Vereiterung zu verzeichnen hatte, bediente sich T. bei den nächsten 1100, von keiner Abscedirung gefolgten Injektionen aller der folgenden, von Lang angegebenen Vorsichtsmaßregeln.

Bei Bereitung der kühl in gut schließbarem Glasgefäße aufzubewahrenden, nie über 4 Wochen alten grauen Salbe wird von einem Laboranten (dessen Hände und Arme desinficirt sind, dessen Schürze rein ist) metallisches Quecksilber mit gleichen Theilen frischen Lanolins bis zur vollständigen Extinktion in reinem, gut desinficirtem Gefäße verrieben und Ol. olivar. (4 : 6 des ung. ciner. lanol.) als Ölzusatz verwendet. Das obere Ende des im Vergleich zu den gewöhnlichen Spritzen dünneren Cylinders der 1 ccm fassenden und genau nach 0,01 eingetheilten Pravaz'schen Spritze ist behufs besserer Reinigung auszuschrauben. Die 2,5 cm langen, scharf zugeschliffenen Stachel und die Spitze werden vor dem Gebrauche in eine flache, reine, mit Karbolwasser gefüllte Schale gelegt, mehrere Male durchgespritzt und dann mit aseptischer Gase abgewischt. Nach dem Gebrauche sind Spritze und Stachel mit einer Sodalösung durchzuspritzen, Cylinder und Stempel in Sodalösung zu waschen, zu zerlegen, in Karbolwasser zu bringen, darin gründlich zu reinigen, mittels aseptischer Gaze trocken zu legen und sind alle Fugen und Riffe im Inneren des Cylinders und am Stempel von etwaigen Partikelchen des Präparates zu reinigen.

Die zu injicirende Stelle wird mit 1‰iger Sublimatlösung gewaschen, es wird eine möglichst dicke Hautfalte mittels Daumen und Zeigefinger abgehoben und die sicher luftleer gemachte und unmittelbar vorher mit aseptischem Gazestoff gut gereinigte und abgetrocknete Nadel rasch in die Basis der Falte eingestochen. Unmittelbar danach sollen der linke Daumen und Zeigefinger den Cylinder dem Drucke von oben entgegenhalten. Injicirt werden wöchentlich 1mal 3 Theilstriche = 0,3 ccm an zwei Stellen in bestimmter Reihenfolge, 4—6 cm von einander entfernt (nach Schwinden der Allgemeinerscheinungen per Woche $1\frac{1}{2}$ Theilstriche), am Rücken und am Gesäße, an welch letzterem Orte der Stachel senkrecht tief eingestochen wird. Bei Anzeichen von Merkurialismus wird pausirt. Die (selten empfindlichen) Infiltrate sind in 8—10 Tagen resorbirt.

K. Bettelheim (Wien).

8. **Harttung.** Die Verwendung des Oleum cinereum benzoatum (Neisser) zur Syphilisbehandlung.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888. Hft. 3.)

Die von Lang 1884 veröffentlichte Methode der Injektionen von metallischem Quecksilber (»graues Öl«) hat den Vortheil, dass sehr kleine Mengen der Injektionsflüssigkeit eine große Quantität des therapeutischen Agens (Hg) enthalten, auch wird durch die Verkleinerung des Quantums der Injektionsflüssigkeit eine Herabsetzung des durch das Injektum hervorgerufenen Reizes erzielt.

Prof. Neisser hat nun das Lang'sche Präparat in zweifacher Weise modificirt, indem er erstens das Fett wegen der Möglichkeit des Ranzigwerdens eliminirte und zweitens die Abtödtung des Merkurs nach der bei Bereitung der in Frankreich üblichen Pommade mercurielle double von Lucien Leboeuf angegebenen Methode mittels Benzoeäther vornehmen ließ. Die Bereitung des Neisser'schen Ol. cin. benz. erfolgt nach folgender Formel:

Rp. Hydrarg. depur. 20,0,
Aether. benz. 5,0.
Bis zur vollständigen Verdunstung des Äthers zu verreiben. Dazu
Paraffin. liquid. 40,0.
Da ad vitr. ampl.

Eine Pravaz'sche Spritze enthält 0,41 metallisches Quecksilber.

H. hat aus seiner ausführlich angegebenen Statistik den Eindruck gewonnen, dass »das graue Öl zu den am wenigsten schmerzhaften Einspritzungsflüssigkeiten gehört«. Anfangs injicirte er 0,25 ccm alle acht Tage, später ging er zu höheren Dosen von 2 × 0,25 bis 2 × 0,50 über. Um sich über die Schnelligkeit der Resorption und die örtliche Reaktion zu informiren, machte H. zunächst Experimente an Thieren und excidirte die Injektionsstellen, welche jedoch keine gleichmäßigen Befunde ergaben; er entschloss sich daher zu intermuskulären Injektionen von 0,1—0,25 ccm bei einigen unrettbar in kurzer Frist dem Tode verfallenen Menschen und excidirte die Injektionsstellen am Tage post mortem. Aus den mikroskopischen Befunden ergab sich, »dass das metallische Hg sehr bald nach verschiedenen Richtungen vom ursprünglichen Depôt aus fortgeführt wird, zum Theil jedenfalls in Öltröpfchen«; Zerfalls- und Entzündungserscheinungen von geringer Intensität, keine Vereiterungen. Eine bindegewebige Hülle in Folge reaktiver Entzündung um das eingeführte Öl bildet sich nicht, die Salzbildung aus dem metallischen Hg findet also im Wesentlichen nicht an der Injektionsstelle, sondern in weiteren Gebieten statt.

H. glaubt, dass sich das Ol. ciner. eine besondere Stellung bei der Behandlung von Viscerallues erobern wird, da der Organismus diesem Präparate gegenüber große Toleranz zeigt. H. empfiehlt für die erste Kur oder zur Beseitigung gefahrdrohender Symptome

nach wie vor die Kalomelölinjektion und räumt den Ol.-ciner.-Injektionen einen Platz bei den »Zwischenkuren« im Fournier'schen Sinne ein. **Nega** (Breslau).

Kasuistische Mittheilungen.

9. Nicolaus Nahm. Über den multilokulären Echinococcus der Leber etc.

Inaug.-Diss., München, 1887.

Verf. stellt 21 Fälle von multilokulärem Echinococcus der Leber, entnommen den Sektionsprotokollen des Münchener pathologischen Instituts (Prof. Bollinger), zusammen. 7 von diesen Fällen waren bisher nicht veröffentlicht. Er stellt sie den zur Sektion gekommenen Fällen von Echinococcus unilocularis (26 Fälle) gegenüber. Das Vorkommen beider Arten ist ziemlich gleich häufig in München. Es scheint bei beiden das weibliche Geschlecht zu prävaliren, das mittlere Lebensalter stellt das größte Kontingent an Erkrankungsfällen. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankten gehört den ärmeren Klassen an. Der rechte Leberlappen wird in auffallenderer Weise von der Neubildung bevorzugt. Milzschwellung, Ikterus, Ascites gehören zu den häufigsten Symptomen. Das Verhältnis von Echinococcus multilocularis zu unilocularis stellt sich wie 21 : 26. Auf etwa 1000 Sektionen kommt 1 Fall von Echinoc. multilocularis, auf etwa 650 1 Fall von Echinoc. unilocularis. Echinococcusfälle überhaupt kommen in München 35 auf 14183 Sektionen, mithin 1 Fall auf 405 Sektionen. **Pott** (Halle).

10. H. Herz. Über einen Fall von Darmstenose (Ileus) und Achsendrehung des Darmes.

Inaug.-Diss., München, 1887.

Der betreffende Fall von Darmstenose stammt aus der Münchener Klinik (Abtheilung Prof. Bauer) und ist desshalb von Interesse, weil durch die Laparotomie (Prof. Nussbaum) und die spätere Sektion (Prof. Bollinger) die bei Lebzeiten sehr exakt gestellte Diagnose bestätigt werden konnte. Es zeigte sich, dass eine Dünndarmschlinge durch eine Bindegewebsspange mit der Spina anterior inferior ossis ilei fest verbunden und gleichzeitig eine Achsendrehung des Darmes an dieser Stelle eingetreten war. Der Pat., ein 22 Jahre alter Maler aus München, hatte in seinem 16. Jahre eine Peritonitis und im 20. einen Typhus überstanden. **Pott** (Halle).

11. M. Litten und J. Rosengart. Ein Fall von fast völligem Erlöschen der Sekretion des Magensaftes (»Atrophie der Magenschleimhaut« der Autoren).

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV. p. 573.)

Die Verff. berichten die Krankengeschichte eines 18jährigen Mädchens, bei welchem sie auf Grund zahlreicher Untersuchungen des Magenchemismus, welche ein fast vollständiges Fehlen sämmtlicher Komponenten des Magensaftes (Salzsäure, Pepsin, Labferment, Schleim) ergaben, die Diagnose auf eine schwere Erkrankung der Magenschleimhaut mit Untergang der drüsigen Elemente stellten. Den vorliegenden Fall fassen sie als das Endglied derjenigen Störungen der Magenverdauung auf, welches aus dem schleimigen Katarrh der Autoren hervorgeht.

Die Autoren stellen eine größere Abhandlung in Aussicht, in welcher sie die gesammte Pathologie der hier nur kurz besprochenen Störungen des Magens darlegen werden. **von Noorden** (Gießen).

12. E. Peiper. Über das Verhältnis der Chorea zum Gelenkrheumatismus und zur Endocarditis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. p. 609.)

Verf. behandelt die neuerdings wieder viel besprochene Frage der Beziehungen der Chorea zu Gelenkrheumatismus und Endocarditis auf Grund des Krankenmaterials

der Greifswalder Klinik und Poliklinik. Im Ganzen werden 30 Choreaerkrankungen verwerthet, über welche sorgfältige Anamnese und Krankengeschichte aufgezeichnet waren:

In 7 Fällen davon schloss sich Chorea unmittelbar oder nach kürzerer Pause an einen akuten Gelenkrheumatismus an.

In 1 Falle entwickelte sich während bestehender Chorea Polyarthritis und Endocarditis.

6 Fälle von Chorea waren mit Herzklappenfehlern komplicirt. Nur in 1 Falle unter diesen hatte früher Gelenkrheumatismus bestanden. In den übrigen Fällen ließ sich ein Zusammenhang mit rheumatischer Erkrankung nicht erweisen.

Bei den übrigen Pat. war ein Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus und Herzaffektionen nicht zu erweisen.

Die Divergenz der Meinungen über die Häufigkeit der Coincidenz von Chorea mit rheumatischen Erkrankungen ließe sich vielleicht dadurch erklären, führt Verf. aus, dass örtliche, klimatische und atmosphärische Einflüsse in der Pathologie dieser Erkrankungen eine Rolle spielen. So sei ja auch die Häufigkeit des akuten Gelenkrheumatismus selbst in den verschiedenen Gegenden eine sehr verschiedene.

Über den inneren Zusammenhang ließen sich einstweilen nur Hypothesen aufstellen. **von Noorden** (Gießen).

13. v. Kahlden. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Addison-schen Krankheit.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. p. 65.)

Einer ausführlichen Litteraturbesprechung fügt Verf. die Beschreibung zweier weiteren Fälle von Morbus Addisonii hinzu. In beiden Fällen fanden sich Verkäsungen in den Nebennieren mit Tuberkelbacillen. Ebenfalls die Semilunarganglien waren ausgedehnt erkrankt. Es fanden sich hier: Pigmentatrophie der Ganglienzellen, hyaline Degeneration vieler Gefäßwandungen, kleinzellige Infiltration deren Adventitia, rundzellige mit den Gefäßen noch zusammenhängende Herde im Gewebe selbst, Verdickung der Gefäßwandungen bis zum Verschluss des Lumens (ohne hyaline Degeneration), Verdickung der Ganglienzellenkapseln, ältere und neuere kleine Blutungen, Bindegewebsneubildung. Die Nervi splanchnici selbst verhielten sich, bis auf unbedeutende Verdickung des Perineuriums, normal.

In Bezug auf das Pigment kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Das Pigment entstammt wahrscheinlich dem Blute und entsteht in der Cutis, von wo es durch Wanderzellen zu den tieferen Schichten des Rete Malpighi transportirt und in den dortigen Epithelzellen abgelagert wird, so, dass jede Epithelzelle das Pigment von mehreren Wanderzellen aufnimmt. Verf. verspricht sich weitere Erfolge in der Aufklärung dieser Fragen von der genauen Untersuchung der Schleimhautpigmentirungen in zukünftig zu beobachtenden Fällen. **Hansemann** (Berlin).

14. Rosenblüth. Über multiple Hautnekrosen und Schleimhautulcerationen bei einem Diabetiker.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. p. 202.)

Kreisrunde, stecknadelkopf- bis linsengroße mit festsitzenden Schorfen bedeckte Nekrosen an den unteren Extremitäten. Schleimhautulcerationen im Mund, Ösophagus, Magen und Darm. Unter den Schorfen zeigte sich neugebildete Epidermis sowohl vom Rande als von den Schweißdrüsen aus. Dabei soll Granulationsbildung in »sämmtlichen mikroskopisch untersuchten Stücken« gefehlt haben. Verf. hat dann wohl zufällig nur solche Stellen ohne Granulationsbildung untersucht, denn in dem Sektionsbericht des Falles von Herrn Prof. Marchand steht ausdrücklich: »Unter ihm (dem Schorfe) kommt eine theils granulirende, theils bereits vernarbende Ulceration zum Vorschein.« Das Alter des Pat. ist nicht angegeben. **Hansemann** (Berlin).

15. P. Moscato. Sulla intolleranza della chinina nelle infezioni tifoidi.

(Rivista clin. e terap. 1888. No. 8.)

Krankenbericht über einen Fall von intermittirendem Fieber bei einem 10 Jahre alten Mädchen, merkwürdig durch das multiple Auftreten von Hämorrhagien aus der Nase, dem Zahnfleisch, der Mundschleimhaut, der Cutis, den Nieren und dem Darm und zwar in zweifelloser Abhängigkeit von der Chininmedikation (0,3 Chinin. hydrochlor.). Die Beobachtung reiht sich an frühere Mittheilungen des Verf. über Chininintoxikation beim Malariainfekt, so wie an eine Erfahrung Tomaselli's an.

G. Sticker (Köln).

16. Richter. Ziegenmilch als Kindernahrungsmittel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 18.)

Die Ziegenmilch hat vor der Kuhmilch mehrfache Vorzüge. Sie besitzt einen größeren Nährwerth, namentlich mehr Eiweiß, einen leichter verdaulichen Käsestoff, sie ist billiger, die Ziege neigt nicht zu Tuberkulose; bei Kindern, die an Magen- und Darmerkrankungen litten, erwies sich die Ziegenmilch als sehr gut verdauliches Nahrungsmittel. Gründe genug, um die Einrichtung hygienisch überwachter Ziegenställe zu empfehlen. Damit könnte auch den ärmeren Volksklassen eine tadellose billige Kindermilch geliefert werden. **Pott** (Halle).

17. Dubousquet-Laborderie. Coqueluche et antipyrine.

(Bullet. génér. de therap. 1888. Mai 15.)

Verf. sah nach Verabreichung von Antipyrin (0,5—1 : 100 kinderlöffelweise) die Keuchhustenanfälle sich bessern und verringerte sich die Häufigkeit derselben nach wenigen Tagen. Da das Mittel gut genommen wird und ungefährlich ist in kleineren Dosen, so verdient die Empfehlung dieses Mittels bei Keuchhusten wohl Berücksichtigung. **Pott** (Halle).

18. de Beurmann et Villejean. Des injections hypodermiques de quinine.

(Bullet. génér. de thérap. 1888. T. CXIV. p. 193.)

Verff. untersuchten, welche von den verschiedenen Chininsalzen sich in Folge ihrer physikalischen Eigenschaften (Leichtlöslichkeit in Wasser etc.) für die Verwendung zu subkutanen Injektionen am besten eigneten. Nach einer ziemlich breiten Zusammenstellung der Ergebnisse früherer Autoren über die Subkutananwendung des Chinins, welche in Folge ungeeigneter Chininsalze nicht befriedigten, verlangen de B. und V. von dem zu benutzenden Salze folgende Eigenschaften: Es muss hinreichend leicht löslich sein und relativ viel von dem Alkaloid enthalten, so dass man zur Injektion der erforderlichen Quantität Chinins mit einer Spritze voll auskommen kann. Es darf ferner die Gewebe nicht zu sehr reizen und Schmerz verursachen, wie dies z. B. durch die »sauren Chininsalze« leicht geschieht.

Als ein derartigen Anforderungen entsprechendes Salz nennen die Verff. das »neutrale salzsaure Chinin« ($C_{40}H_{24}N_2O_4$, 2HCl); obwohl die wässrige Lösung auf Lackmus stark sauer reagirt, wurde sie dennoch erfahrungsgemäß vollkommen gut vertragen in allen den Fällen, wo eine derartige Medikation indicirt war. Die mitgetheilten Beobachtungen, angestellt an einer mit Neuralgie des N. ischiadicus behafteten Kranken, welche im Ganzen 30 derartige Injektionen erhielt, ferner an einer an subakutem Gelenkrheumatismus leidenden Pat. ergaben eine nur ganz geringe Schmerzhaftigkeit und keine lokale Reaktion; Gehörsstörungen traten eben so wenig auf wie sonstige üble Allgemeinwirkungen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

19. A. Kast. Zur Kenntnis der reducirenden Substanz im menschlichen Harn nach Chloroformnarkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 19.)

In den Harn Chloroformirter gehen zwar nach Hegar und Kaltenbach Spuren unveränderten Chloroforms über. K. fand jedoch, in Übereinstimmung mit

Zweifel, dass der Harn, auch wenn er durch Eindampfen oder Durchleiten eines Luftstromes vollkommen von etwa vorhandenem Chloroform befreit worden war, ein gegen die Norm erhöhtes Reduktionsvermögen besaß. Im Anschluss an andere Untersuchungen sah sich K. veranlasst, den Harn Chloroformirter auf die Anwesenheit gechlorter organischer Verbindungen zu prüfen. Als ein eben so einfaches wie geeignetes Verfahren erwies es sich den mit Salpetersäure stark angesäuerten Harn mit Silber auszufällen, die Chloride abzufiltriren und das klare Filtrat stehen zu lassen. Handelte es sich um einen Chloroformharn, so trübte sich derselbe innerhalb $^{1}/_{2}$—1 Stunde mehr oder weniger stark und ließ ein flockiges Sediment von Chlorsilber fallen; normaler Harn blieb klar.

Daraus ging hervor, dass im menschlichen Harn nach länger dauernder Chloroformnarkose eine chlorhaltige organische Substanz auftritt. Sie verschwand mit dem Aufhören der Reduktionsfähigkeit des Harns nach der Narkose. Die reducirende Substanz ist nicht Traubenzucker oder ein anderes Kohlehydrat. Linksdrehung des Chloroformharns wurde in Übereinstimmung mit Külz nur beobachtet, wenn der Harn gleichzeitig Phenol enthielt.

Trotzdem sind hierdurch geringe Mengen einer gepaarten Glycuronsäure nicht ausgeschlossen, vielmehr hält K. es nicht für unmöglich, dass das Chloroform im Körper zu Trichlormethylalkohol oxydirt wird und dieser sich mit Glycuronsäure zu der von v. Mering entdeckten Urochloralsäure verbindet.

F. Röhmann (Breslau).

20. **Maguire.** Hydatids of the spinal cord.

(Brain 1888. Januar.)

Kompression und Erweichung des Rückenmarkes mit consecutiver Paraplegie und Tod in Folge Respirationslähmung durch Echinococcusblasen, welche den Raum zwischen Dura und Wirbel im Bereich des untersten Hals- bis 6. Brustwirbel einnahmen.

Angefügt sind eine auszugsweise Mittheilung der bisher publicirten Fälle und Erwägungen über die Möglichkeit der operativen Entfernung solcher Tumoren.

Tuczek (Marburg).

21. v. **Frankl-Hochwart.** Über Intentionskrämpfe.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV. Hft. 5 u. 6.)

Intentionskrämpfe sind bisher außer bei der Thomsen'schen Krankheit, deren Hauptsymptom sie bilden, nur noch in einigen wenigen Krankheitsfällen beschrieben worden. Diesen fügt Verf. 2 Fälle von progressivem Muskelschwund hinzu, deren erster mit der Thomsen'schen Krankheit vielfach verbreitete Intentionskrämpfe und gewisse elektrische Reaktionsformen gemein hat.

I. Primäre Myopathie.

Ein jugendliches Individuum acquirirt nach einem Fall auf die rechte Thoraxseite mit consecutiver Pleuritis eine die Arme und den Schultergürtel betreffende Muskelerkrankung. Atrophisch in hohem Grade erscheinen: beide Pectorales rechts, die Supraspinati; hypertrophisch: der rechte Deltoideus, die Oberarmmuskeln, die linken Pectorales; paretisch noch die Beuger des rechten Handgelenkes. Handmuskulatur völlig frei; fibrilläre Zuckungen, Entartungsreaktion, Schmerzen, Bulbärerscheinungen fehlen. Mikroskopischer Befund: echte Hypertrophie der Fasern neben hochgradiger Atrophie ohne Fetteinlagerung.

Der Muskelkrampf besteht nur darin, dass Pat. eine einmal gemachte Bewegung nicht willkürlich hemmen kann. Es tritt bei kräftigen Bewegungen ein Versteifen ein: den gebeugten Arm kann er erst nach einiger Zeit strecken, die geschlossene Hand erst öffnen, wenn er mit der anderen nachhilft. Mit diesen Erscheinungen ist ein unangenehmes Gefühl des Ziehens, aber kein Schmerz verbunden. Der Krampf befällt nur die Oberextremitäten; der Beginn der Bewegungen ist immer leicht. Hat Pat. einmal einen solchen Krampf gehabt, so erfolgt in der nächsten Zeit, auch bei wenig energischen Bewegungen, sehr leicht eine Wiederholung desselben.

Galvanische Erregbarkeit allenthalben völlig normal. Bei faradischer Reizung durch starke Ströme kann vom N. medianus und ulnaris aus Nachdauer der Kontraktion bewirkt werden; faradische Reizung der beiden Biceps und des Deltoideus bietet die Erscheinung der Undulation bei schwachen Strömen, dauernden Krampf bei stärkeren.

Auffallend ist, dass nach Excision eines Muskelstückes im linken, später im rechten Biceps die Krämpfe sowohl als die nachdauernde Kontraktion links, dann rechts, nicht mehr ausgelöst werden konnten.

II. Tabes dorsalis mit progressiver Muskelatrophie.

Neben exquisit tabischen Symptomen: Muskelschwund mit der für Vorderhornatrophie typischen Lokalisation — Atrophie der Deltoidei, der Ober- und Vorderarmmuskulatur, so wie der kleinen Handmuskeln und Entartungsreaktion. Auch hier deutliche Intentionskrämpfe, aber nur bei forcirten Bewegungen. Beugt Pat. die Finger der rechten Hand zur Faust, so tritt ein Krampf ein; die Vorderarmbeuger treten kräftig hervor. Dauer 40 Sekunden, dabei ziehendes Gefühl in der Vola manus, aber kein Schmerz. Bei kräftigem Beugen im linken Ellbogengelenk, bei offener Hand, kurzdauernder Bicepskrampf. Ellbogenbeugung rechts wie links bei geschlossener Hand erzeugt starke Krämpfe in den Vorderarmbeugern und Biceps. Durch Willensimpuls können die Krämpfe mit einiger Anstrengung gelöst werden. Durch passive Bewegung kann man es an der rechten Hand zu einer Andeutung von Krampf bringen, der jedoch nur 2 Sekunden währt.

Diese Krampferscheinungen nahmen später so zu, dass der Kranke kaum die geringste Arbeit verrichten konnte, ohne dass sich die Bewegung versteifte, keinen Gegenstand länger halten konnte, ohne dass ihm das Auslassen desselben Schwierigkeiten machte. **Tuczek** (Marburg).

22. Waetzoldt. Zwei Fälle von intrakraniellem Tumor.

(Charité-Annalen 1888.)

Verf. bringt zwei kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Gehirntumoren, bei denen die Diagnose in Bezug auf den Sitz des Herdes durch die ziemlich typischen Symptome ohne Schwierigkeit gestellt werden konnte. Der 1. Fall, ein Fibrosarkom am rechten Kleinhirn, ist dadurch von Interesse, dass trotz der hühnereigroßen Geschwulst, ihrer derben Konsistenz, der dadurch bedingten Kompression, Abplattung und Verschiebung der Medulla oblongata, des Pons und der rechten Kleinhirnhemisphäre bulbäre Erscheinungen nur in ganz geringem Maße zu erkennen waren. An dem 2. Falle, bei dem es sich um ein fast hühnereigroßes Sarkom in der Gegend der hinteren linken Centralfurche handelte, ist das ätiologische Moment von Wichtigkeit. Wahrscheinlich entwickelte sich der Tumor in Folge eines schweren Trauma, das die Pat. 29 Jahre lang zuvor genau an dieser Stelle erlitten hatte. **A. Neisser** (Berlin).

23. Hack Tuke. Folie à deux.

(Brain 1888. Januar.)

T. theilt die Fälle in 5 Kategorien:

1) Die eigentliche »Folie à deux« (»inducirtes Irresein«, »Irresein durch Sympathie«), wo ein Geisteskranker wie durch ein Kontagium dieselbe Form der Seelenstörung auf einen Gesunden seiner Umgebung überträgt. Es handelt sich hier fast immer — und die vom Verf. selbst beobachteten Fälle stimmen damit überein — um Suggerirung von Zwangsvorstellungen und von Gehörshallucinationen in der Form des »Gedankenlautwerdens«.

2) Fälle, wo ein Geistesgesunder durch heftige Gemüthserregung beim Anblick oder bei der Pflege eines Geisteskranken selbst geisteskrank wird.

3) Das epidemisch auftretende Irresein in Folge von ein und derselben Ursache (die Konvulsionäre des Mittelalters, Massenerkrankung unter hysterischen Erscheinungen).

4) Die (seltenen) Fälle, wo ein Geisteskranker einem anderen Geisteskranken seine Wahnideen (meist vom Charakter der Verfolgung) einimpft.

5) Gleichzeitiges Auftreten von Geisteskrankheit bei Zwillingen.

Erbliche neuro- und psychopathische Belastung, Hang zum Mysticismus, Theilnahme an spiritistischen Sitzungen sind disponirende Momente; Frauen und junge Leute sind mehr gefährdet. Mit Recht macht T. auf die große Gefahr aufmerksam, die geistig Gesunden aus der Pflege eines geisteskranken Familienmitgliedes erwächst. **Tuczek** (Marburg).

24. **Thomas Dunn.** Two cases of glossy skin, with causalgia following injury of the nerves.

(Med. news 1888. Juli 7.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von »Glossy skin«, einer bei uns in Deutschland noch wenig bekannten Trophoneurose der Haut. Der eine Fall betraf eine 79 Jahre alte Frau, welche sich einen Schenkelhalsbruch linkerseits zugezogen hatte (Extensionsverband!). 4 Wochen nach dem Unfall traten in dem linken Beine die heftigsten Schmerzen und zugleich eine so hochgradige Hyperästhesie auf, dass auch die leiseste Berührung nicht ertragen wurde; außerdem bestanden Zuckungen und tonische Muskelkrämpfe in dem betreffenden Beine. Druck auf den Nerv. ischiadicus neben dem Trochanter major steigerte die Schmerzen und Zuckungen in auffallender Weise. 14 Tage später (also 6 Wochen nach dem Unfall) zeigten sich die Erscheinungen des Glossy skin, d. h. »Glanz- oder Glatthaut«. Einzelne Hautpartien erscheinen wie polirt oder lackirt, völlig haarlos, von natürlicher bis purpurner, ja mahagonibrauner Färbung. Die Epidermisdecke war theilweise völlig losgestoßen, die Cutis lag frei da, ohne jede Faltenbildung, fast spiegelblank. Auf der Höhe der Krankheit waren einige Ekzembläschen (?) zur Entwicklung gekommen. Der Zustand blieb in gleicher Intensität fast 4 Monate derselbe. Die Schmerzen, die Hyperästhesie, so wie die Ekzembläschen schwanden ganz allmählich und erloschen eher als die Glossy skin. Als weitere Nutritionsstörung fiel das Stehenbleiben des Nagelwachsthums an dem erkrankten Fuße auf. Der zweite Fall betraf einen Arbeiter von 56 Jahren, der bei einer Explosion schwere Verletzungen an Kopf und Extremitäten erlitten hatte. Hier zeigten sich die Erscheinungen am rechten Beine. Am Fußgelenk hatten sich mit blutigem Serum gefüllte Blasen entwickelt, oberhalb derselben an der Fibula kamen die charakteristischen Störungen der Ernährung einzelner Hautstellen zum Vorschein. Die Affektion trat im Verlaufe des N. peroneus auf. Die betreffenden Beobachtungen lehnen sich an weitere von amerikanischen Ärzten (Morehead, Mitchell, Keen) beobachtete Fälle an. **Pott** (Halle).

25. **A. Cristiani.** Della orticaria malarica pirettica.

(Sperimentale 1888. Juni.)

Ausführliche Mittheilung von vier hergehörigen Krankengeschichten und kritische Besprechung derselben mit dem Ergebnis, dass der Urticaria, als einer der vielen Hautaffektionen, und zwar als einer der häufigsten, welche im Verlauf der Malariainfektion, dem Fieberparoxysmus sich zugesellend, auftreten, eine kritische Bedeutung nicht zukommt; dass die Urticaria malarica sich auf der Höhe des Fieberparoxysmus einstellt und die Fieberperiode hindurch besteht, um mit ihrem Abfall zu verschwinden; dass die Urticaria in einer genauen Beziehung zur Höhe, Schwere und Dauer des Fieberanfalles und wie dieser unter dem Einfluss der Chininwirkung steht. **G. Sticker** (Köln).

26. **Anton Elsenberg.** Über einen Fall von Urticaria pigmentosa.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888. Hft. 3.)

Der Autor berichtet über einen Fall von Urticaria pigment. bei einem 2 Jahre und 3 Monate alten Kinde, welche in der 6. Woche des Lebens zum Ausbruch kam, an Stirn und Rücken seinen Anfang nahm und nach Verlauf von einigen Wochen die ganze Körperhaut bedeckte. Die mikroskopische Untersuchung einer excidirten Hautpartie ergab Folgendes:

Epidermis unverändert, nur in den tieferen Schichten Pigment. Die Haut an den dem Pomphus entsprechenden Zellen ist durch Ödem der Intercellularsub-

stans geschwollen. Starke Zellinfiltration der oberflächlichen Hautschicht besonders längs der Gefäße und Drüsen.

In den den Pomphi anliegenden Hautpartien, wo die braune Verfärbung schon längst bestanden hat, fehlt das Ödem, die Zellen scheinen dichter gelagert.

Die infiltrirenden Zellen sind ausschließlich Mastzellen, keine lymphoiden Zellen. Dieser Befund stimmt mit den Unna'schen Untersuchungen in allen Punkten überein.

Eine neue Erklärung für die Entstehung der Urticaria pigmentosa giebt E. nicht.

Bezüglich der Behandlung hat E. mehrere Mittel mit Ausdauer, aber ohne Erfolg angewandt (Arsenik, salicylsaures Natron), nicht einmal Linderung des Juckens. Von einer wässrigen Atropinlösung ($^1/_{140}$ g pro die in 2 Dosen) hat er eine erstaunenswerthe Wirkung gesehen, aber keine dauernde Besserung konstatirt.

Nega (Breslau).

27. Ohmann-Dumesnil. Über doppelte Primärsyphilide à distance.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888. No. 18.)

Verf. theilt 2 Fälle von gleichzeitiger primärer Induration an Lippe und Penis mit, wobei in jedem Falle regionäre Lymphdrüsenschwellung vorhanden war. Die Indurationen und Drüsenschwellungen begannen jedes Mal an beiden genannten Orten und verschwanden gleichzeitig. Die vom Verf. betonte außerordentliche Seltenheit dieses Vorkommnisses kann Ref., dem 3 einschlägige Fälle aus dem letzten Halbjahre seiner Praxis gegenwärtig sind, nicht bestätigen.

Herxheimer (Frankfurt a/M.).

28. G. Kühn. Zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Hydrargyrum oxydatum flavum im Vergleich zum Kalomelöl.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 31.)

In Folge der zuweilen gerade nicht sehr angenehmen Reaktionserscheinungen nach Injektionen von Kalomelöl, wandte sich K. zur Erprobung der von v. Watraczewski empfohlenen subkutanen Injektion von Hydrarg. oxyd. flavum zu. Im Ganzen behandelte er mit demselben 70 Luetische und zwar mittels 425 Injektionen. Es ergab sich, dass die Wirksamkeit der Quecksilberoxydinjektion der des Kalomels nachsteht; 6—10 Injektionen von Hydrarg. flavum zeigten dieselbe Wirkung wie 4—6 Injektionen von Kalomel. Die Reaktionserscheinungen waren allerdings viel geringer, als nach letzteren; kein Abscess, keine bedeutende Induration; trotz der oft sehr mangelhaften Mundpflege bei der Mehrzahl keine Stomatitis. Bei einem Pat. traten schwerere Intoxikationserscheinungen einige Tage auf, gingen aber spontan zurück. Nach der Erfahrung K.'s entspricht die bessere Wirksamkeit des Kalomelöls der stärkeren Reaktion, bei Hg flav. sei es umgekehrt.

Peiper (Greifswald).

Kongress für innere Medicin.

Der achte Kongress für innere Medicin findet vom 15. bis 18. April 1889 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium desselben übernimmt Herr v. Liebermeister (Tübingen). — Herr Schultze (Bonn) wird eine Gedächtnisrede auf Herrn Rühle halten. Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Montag den 15. April: Der Ileus und seine Behandlung. Referenten: Herr Curschmann und Herr Leichtenstern. — Mittwoch den 17. April: Die Natur und Behandlung der Gicht. Referenten: Herr Ebstein und Herr Emil Pfeiffer. — Folgende Vorträge sind angemeldet: Herr Immermann (Basel): Über die Funktionen des Magens bei Phthisis tuberculosa. Herr Petersen (Kopenhagen): Über die Hippokratische Heilmethode. Herr Fürbringer (Berlin): Über Impotentia virilis. Herr L. Lewin (Berlin): Über Arzneibereitung und Arzneiwirkung.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 16. Februar.** **1889.**

Bemerkungen über einige neuere Arzneimittel und Behandlungsmethoden.

Von
Dr. G. Leubuscher,
Privatdocent in Jena.

(Nach einem in der Sektion für Heilkunde in Jena am 6. December 1888 gehaltenen Vortrage.)

I. Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin gegen Keuchhusten.

Unter den in neuester Zeit als wirksam gegen Tussis convulsiva empfohlenen Mitteln nehmen Antipyrin und die ihm in ihrer Wirksamkeit so nahestehenden, Antifebrin und Phenacetin, wohl den ersten Platz ein. Besonders ist es das Antipyrin, das in den jüngsten Publikationen geradezu als Specificum gerühmt wird, während über Antifebrin und Phenacetin bisher seltener und weniger günstig berichtet worden ist.

Während der Keuchhustenepidemie, die im Verlauf des vorigen Jahres in Jena und Umgebung herrschte, habe ich sämmtliche in meine Behandlung gekommenen Keuchhustenfälle — ca. 40 — mit den erwähnten Mitteln behandelt und glaube trotz der relativ geringen Zahl der Krankheitsfälle doch zu einer richtigen Würdigung des Werthes dieser drei Medikamente, nach der angegebenen Richtung hin, gelangt zu sein.

Im Augustheft der therapeut. Monatshefte 1888 hat Dr. Sonnenberger in Worms einen sehr eingehenden und die früheren Publikationen berücksichtigenden Artikel über Antipyrinbehandlung bei Tussis convulsiva veröffentlicht. Ich habe mich im Großen und Ganzen an die von Sonnenberger gegebenen Behandlungsregeln gehalten, d. h. den betreffenden Kindern in 3, eventuell 4maligen Dosen in 24 Stunden, jedes Mal so viel Decigramm Antipyrin verabfolgt, als das Kind Jahre, so viel Centigramm als es Monate zählte und habe das Mittel durch längere Zeit, auch nach dem Aufhören des Keuchhustens fortgebrauchen lassen.

Ich kann mich zwar im Ganzen den Resultaten von Sonnenberger anschließen, bin aber doch zu der Ansicht gelangt, dass dieser in der Werthschätzung des Mittels zu weit gegangen ist. Meinen Erfahrungen nach ist Antipyrin im Stande, wenn es frühzeitig genug gegeben wird, den Verlauf des Keuchhustens in In- und Extensität zu beeinflussen. Wie Sonnenberger habe ich in solchen Fällen gesehen, dass die ganze Krankheit mit höchstens 6—7 Anfällen von geringer Intensität in 24 Stunden ablief und dass nach 3—4 Wochen der Keuchhusten ganz beseitigt war. Dagegen habe ich in keinem einzigen Falle wirklich den Keuchhusten zu koupiren vermocht. Wiederholt habe ich Geschwistern von keuchhustenkranken Kindern sofort bei dem ersten Anzeichen der nahenden Krankheit Antipyrin in geeigneten Dosen gegeben, nie gelang es mir, wirklich den Ausbruch der Krankheit zu hindern. Auch dann, wenn die Krankheit schon auf der Höhe ist, scheint mir Antipyrin eben so wenig zu nützen wie andere Mittel; der Verlauf der Affektion ist dann derselbe mit und ohne Antipyrin.

Unangenehme Nebenerscheinungen habe ich bei der fortgesetzten Anwendung des Medikamentes nicht gesehen, ausgenommen das Auftreten des bekannten Antipyrinexanthems nach relativ geringen Dosen bei einem 7jährigen Knaben.

Nach diesen Resultaten dürfte die Anwendung des Medikamentes immerhin Empfehlung verdienen. Als eine Kontraindikation ist nur der ziemlich hohe Preis anzusehen, der bei einer kinderreichen Familie doch in die Wagschale fallen dürfte.

Aus letzterem Grunde schon schien es wünschenswerth die weweniger theuren Ersatzmittel des Antipyrins auf ihre praktische Brauchbarkeit hin zu prüfen.

Das Antifebrin bei Keuchhusten wird von Sonnenberger ziemlich ungünstig beurtheilt. Ich kann diese Meinung nicht theilen.

Ich habe mit dem Antifebrin so ziemlich dieselben günstigen Resultate erzielen können als mit dem Antipyrin, so dass ich dasselbe bei weniger wohlhabenden Leuten schließlich dem Antipyrin vorgezogen habe. Immerhin aber möchte ich das Mittel nicht unbedingt empfehlen. Ich halte die lange fortgesetzte Darreichung des Antifebrins nicht für ungefährlich und wenn auch nicht gerade bei Keuchhusten, so habe ich doch bei anderen Kranken bei fortgesetzter Darreichung größerer Antifebrindosen Cyanose, Herzschwäche und Collapszustände auftreten sehen, die den Weitergebrauch des Mittels direkt inhibirten.

Was endlich das Phenacetin betrifft, so habe ich in der Litteratur bisher nur eine Empfehlung des Mittels durch Dr. Katz in Berlin gefunden, der in einer Diskussion im Verein für innere Medicin in Berlin im Juli 1888 mittheilte, dass er 3 Fälle von Keuchhusten von 14tägiger Dauer sehr günstig durch Phenacetin beeinflusst gefunden habe.

Meiner Erfahrung nach ist Phenacetin ein durchaus unwirksames Mittel bei Tussis convulsiva. Nur in einem einzigen Falle habe ich scheinbar eine Milderung der Krankheit konstatiren können; in allen übrigen blieb das Phenacetin ohne jeden Effekt. Augenblicklich habe ich noch zwei Kinder mit Keuchhusten in Behandlung, die ich seit dem Beginn der Krankheit, seit 14 Tagen, mit Phenacetin behandle. In den letzten 24 Stunden hatte das eine Kind 24, das andere 26 Anfälle und wie ich mich überzeugte, von beträchtlicher Intensität. Die von mir gewählte Gabengröße des Phenacetin betrug meist 0,5, 3—4mal täglich verabfolgt.

II. Antrophore gegen Gonorrhoe.

Die von dem Apotheker Stephan in Treuen in den Handel gebrachten und auf das ausgiebigste angepriesenen Antrophore bestehen bekanntlich aus einer dünnen Drahtspirale, die den Kern eines, ein beliebiges Arzneimittel bergenden Bacillus bildet. Die Antrophore sollen in die Harnröhre eingeschoben werden, hier zerschmelzen; die Drahtspirale wird wieder herausgezogen und das in der Urethra verbliebene salbenförmige Medikament dort möglichst lange im Kontakt mit der Schleimhaut seine Wirkung entfalten. An und für sich erscheint ja der Gedanke einer solchen Behandlungsart durchaus rationell; er ist ja in analoger Weise durch die Salbensonden u. dgl. bereits praktisch früher verwerthet worden. Nach den bisher veröffentlichten Resultaten scheinen die Antrophore auch wirklich gute Dienste zu leisten. So giebt Lohnstein[1] an, dass er unter 26 akuten Gonorrhoen 24, unter 39 subakuten Gonorrhoen 32 geheilt habe und dass von 28 chronischen Trippern die Behandlung bei 22 von Erfolg gewesen sei.

Ich habe bei einer größeren Anzahl akuter, subakuter und chronischer Tripper ebenfalls die Antrophore zur Anwendung gezogen

[1] Nach einem Autoreferat in den therapeutischen Monatsheften 1888. Juni.

und bin mit den erlangten Resultaten auch nicht unzufrieden. Bei akuten Trippern habe ich in einer ganzen Anzahl Heilung erzielen können, allerdings nicht in der von Anderen angegebenen kurzen Zeit von 14 Tagen, sondern erst nach 4 bis 6 Wochen — eine immerhin im Vergleich mit der Injektionskur kurze Behandlungsdauer. Bedingung der Heilung ist jedenfalls, auch nach dem vom Pat. angegebenen Zeitpunkt der Versiegung des Ausflusses, die Antrophore noch wenigstens 14 Tage lang fortgebrauchen zu lassen. Bei chronischen und subakuten Gonorrhoen ist die Zahl der Heilungen naturgemäß eine geringe; doch konnte ich auch hier meist eine entschiedene Besserung — Verringerung des Ausflusses, Abnahme subjektiver Beschwerden — konstatiren. Welches Arzneimittel in dieser Form am besten wirkt, das möchte ich unentschieden lassen. Gut schienen Antrophore mit schwefelsaurem Zink 0,5—1%, auch Tanninantrophore 0,5—5% zu wirken; vor allen habe ich die Argentum-nitricum-Antrophore 0,5—2% bevorzugt.

Von den viel gerühmten Thallinantrophoren, mit denen z. B. Nachtigall[2] eine ganze Anzahl von akuten Gonorrhoen in 14 Tagen geheilt zu haben angiebt, habe ich wenig Günstiges gesehen, weder bei akuter noch bei chronischer Gonorrhoe. In einem Falle von chronischer Gonorrhoe, die mit 5%igen Thallinantrophoren behandelt wurde, trat nach dem Einführen Epididymitis und nach einem zweiten Antrophor Cystitis auf. Kommen nun derlei unangenehme Komplikationen auch gelegentlich bei anderen Behandlungsmethoden vor, so möchte ich doch darauf hinweisen, dass ein ähnlicher Fall[3] bereits früher veröffentlicht worden ist und möchte ich desshalb einiges Gewicht auf dieses Vorkommnis legen.

Aufmerksam zu machen ist noch auf die geringe Dauer der Haltbarkeit der Metallsalze führenden Antrophore, besonders derjenigen mit Argentum nitricum. Will man sicher gehen, so müssen dieselben kurz vor dem Gebrauche jedes Mal frisch bezogen werden.

Reizungserscheinungen nach dem Einlegen der Antrophore sind im Allgemeinen nur gering.

III. Eugenol.

Das Oleum caryophyllorum ist schon seit langer Zeit als ein Mittel bekannt, das bei Zahnschmerzen lokal angewendet wird. Eine wissenschaftliche Untersuchung über die Brauchbarkeit und den wirklichen Werth dieses Mittels bei örtlicher Applikation liegt meines Wissens bisher nicht vor. Nur in dem Recepttaschenbuch von Liebreich und Langgaard findet sich die Notiz, dass Oleum caryophyllorum auf die unverletzte Haut applicirt, zunächst Röthung, dann Anästhesie hervorriefe. Neuerdings ist nun vielfach ein im Nelkenöl enthaltener Körper, den man als den wirksamen Bestandtheil ansehen

---

[2] Therapeutische Monatshefte 1888. Februar.
[3] Ibid. Juni. p. 311.

darf, das Eugenol, als Mittel gegen Zahnschmerzen angepriesen worden. Diesen Körper habe ich auf seine praktische Verwerthbarkeit hin geprüft.

Das Eugenol stellt eine klare dunkelgelbe Flüssigkeit dar, ist seiner chemischen Zusammensetzung nach ein höheres Phenol; in Wasser so gut wie gar nicht, leicht in Alkohol und Äther löslich. Es riecht wie Nelkenöl und ist auch unter dem Namen Nelken- oder Eugensäure bekannt.

Bringt man einige Tropfen des Eugenols in den Conjunctivalsack eines Kaninchens, so treten zunächst Reizerscheinungen auf; das Thier kneift das Auge zu; es tritt vermehrte Thränensekretion auf; die Conjunctiva röthet sich etwas. Prüft man nach einigen Minuten die Sensibilität, so zeigt sich die Cornea total unempfindlich; die Conjunctiva ist ebenfalls in ihrer Sensibilität erheblich herabgesetzt, wenn auch nicht in dem Grade, als die Hornhaut; der Cilienboden bleibt unbeeinflusst. Die Anästhesie dauert 10—15 Minuten. Die tieferen Theile des Auges bleiben unbetheiligt. Bei dem Versuche eine Iridektomie unter Eugenolanästhesie am Kaninchen auszuführen erfolgte in dem Momente, wo die Iris berührt wurde, lebhafte Reaktion des Thieres, während das Durchtrennen der Cornea keinerlei Schmerzensäußerung hervorgerufen hatte. Irgend welche bleibenden nachtheiligen Folgen an den mit Eugenol behandelten Augen der Versuchsthiere ließen sich nicht konstatiren. Eine leichte Röthung der Conjunctiva bestand noch einige Tage; die Cornea blieb ungetrübt. Ähnliche Beobachtungen machte ich auch beim Hunde, nur traten hier die Reizerscheinungen mehr in den Vordergrund, als beim Kaninchen. Einbringen einiger Tropfen Eugenol in die Nase von Kaninchen genügten, um den Nießreflex auf der betreffenden Seite zum Verschwinden zu bringen.

Behufs Prüfung an Haut und den übrigen Schleimhäuten wurden Versuche an Menschen angestellt. Auf die Schleimhaut der Lippen, auf Zunge, auf Zahnfleisch gebracht bewirkt Eugenol zunächst ein mehrere Minuten anhaltendes Brennen; dann stellt sich ein Gefühl von Taubheit an der bepinselten Stelle ein; die Prüfung der Sensibilität ergiebt deutliches Herabgesetztsein für Tast- und Schmerzempfindung. Dieser Zustand dauert 5—10—15 Minuten. Völlige Anästhesie lässt sich auch durch wiederholte Bepinselung nicht erzielen. Ein Farbenunterschied der bepinselten und nicht bepinselten Schleimhautpartien lässt sich zu keiner Zeit nachweisen.

Ferner wurde die Einwirkung des Eugenols auf die Schleimhaut der weiblichen Genitalien geprüft und die Innenfläche der kleinen Labien, Vulva und Scheide energisch damit bepinselt. An den kleinen Labien und der Vulva konnte ich nur eine ganz geringe Herabsetzung der Empfindlichkeit konstatiren; die ja an und für sich wenig sensible Scheidenschleimhaut wurde total anästhetisch.

Applicirt man Eugenol auf die unversehrte Haut, so erfolgt bei den meisten Menschen innerhalb der ersten Minuten absolut nichts;

weder Brennen noch Röthung stellen sich ein. Nach 5—6 Minuten ist die Empfindlichkeit für Tasteindrücke deutlich, weniger deutlich für Schmerzeindrücke herabgesetzt.

Waren diese physiologischen Versuche nun auch nicht gerade ermuthigend, so wurde dennoch versucht, das Eugenol praktisch zu verwerthen. Vor der Eröffnung eines Panaritiums wurde die Haut intensiv und wiederholt bepinselt; als nach 6 Minuten incidirt wurde, waren die Schmerzensäußerungen des Pat. derart, dass der Mangel einer lokalen Anästhesie deutlich zu Tage lag. Etwas besser schien Eugenol zu wirken, als es auf die exkoriirte Haut gebracht wurde. In einem Falle eines stark juckenden und nässenden Ekzems brachte es, wenn auch nur für kurze Zeit, das Jucken zum Verschwinden. In letzterem Falle hatte ich mich einer 70%igen Eugenol-Lanolinsalbe bedient.

In der Augenheilkunde dürfte das Eugenol kaum Verwendung finden, da beim Menschen das Einbringen auch verdünnter Eugenollösungen in den Conjunctivalsack sehr erhebliche Reizerscheinungen hervorbringt.

Betreffs der durch Eugenol hervorgerufenen Erscheinungen ist zu bemerken, dass dieselben als denen des Phenols analoge aufzufassen sind, eine Ansicht, die auch in der chemischen Zusammensetzung des Mittels begründet ist.

---

1. **Georg Bonne.** Über das Fibrinferment und seine Beziehung zum Organismus. Ein Beitrag zur Lehre von der Blutgerinnung mit besonderer Berücksichtigung der Therapie.

Würzburg, Herz, 1889. 128 S.

Verf., der unter der Leitung von Fick und Landwehr arbeitete, wendet sich zunächst gegen die Angaben von Holzmann, dass das Fibrinferment als ein Zersetzungsprodukt der Proteinsubstanzen zu betrachten ist. Die nach der Methode von Holzmann gewonnenen Gerinnungen erwiesen sich nicht als Fibrin, sondern als Globulinniederschläge. Verf. steht bezüglich der Herkunft des Fibrinfermentes auf dem Standpunkte von A. Schmidt und seiner Schüler. Dessgleichen wendet sich B. gegen die Anschauung von Holzmann, dass die Fibrinbildung als eine Oxydation der Eiweißkörper aufzufassen ist. Bei der Durchleitung von Ozon durch Eiweißlösungen und Salzplasma erhielt B. entweder gar keine oder Niederschläge von Globulin, niemals Fibrin. B. hält die Schmidt'sche Auffassung, dass als Fibrin nur der durch fermentative Umwandlung aus den Globulinsubstanzen des Blutplasma hervorgegangene Körper zu bezeichnen ist, vollständig aufrecht; er sieht daher die durch reine chemische Ausfällung der Globuline (durch Co_2 etc.) entstandenen Körper, trotz ihrer nahen chemischen Verwandtschaft mit dem Fibrin, nicht als Fibrin an, er glaubt daher, dass eine Aufstellung verschiedener Fibrine (Dénis) nicht geboten ist, da einzelne dieser Kör-

per nur ausgefällte und veränderte Globuline darstellen. Bezüglich einer ausführlichen Zusammenstellung der vorliegenden Angaben über den Fermentgehalt des Blutes unter normalen und pathologischen Verhältnissen muss auf das Original verwiesen werden.

Der gerinnungshemmende Einfluss der CO_2 war schon von älteren Autoren (Scudamore, Nasse, Richardson etc.) konstatirt worden; B. hat die hemmende Eigenschaft der CO_2 gegenüber der fibrinbildenden Wirkung des Fibrinfermentes festzustellen versucht (über die Methode vgl. Original). Er findet, dass bereits eine geringe Menge von CO_2 genügt, um entweder eine Verzögerung oder ein völliges Ausbleiben der Gerinnung in proplastischen Flüssigkeiten zu bewirken. Mit Hilfe eines kleinen sinnreichen Apparates konnte B. das Blut aus der Ader direkt unter CO_2 oder O mit Ausschluss der atmosphärischen Luft auffangen und reichlich mit dem Gase durchströmen. Auch hierbei stellte sich deutlich ein gerinnungshemmender Einfluss der CO_2 mit einer geringen Modifikation des gebildeten Gerinnsel heraus, während O eine entschiedene Beschleunigung der Gerinnung hervorruft. Auch am venösen und am Erstickungsblute wurde eine Verzögerung der Gerinnung konstatirt. Verf. ist der Anschauung, dass durch die CO_2 die Fermentbildung im Blute bis zu einem gewissen Grade hintangesetzt werden kann. Von besonderem Interesse sind Versuche, welche darthun, dass das seiner CO_2 beraubte venöse Blut rascher gerinnt als das arterielle, was B. auf den größeren Fermentgehalt des venösen Blutes zurückführt, der nach dem Auspumpen der CO_2 ungehemmt wirken kann. Auf zahlreiche Details dieser Untersuchungen kann hier nicht eingegangen werden.

Die gerinnungshindernde Eigenschaft der lebenden Gefäßwand erklärt B., allerdings mehr auf Grund theoretischer Erwägungen, in der Weise, dass dieselbe durch ihren Stoffwechsel antifermentativ wirkende, wahrscheinlich sauer reagirende Körper, vor Allem CO_2 erzeugt, die in das Blut übergehen. Eine ganze Reihe bekannter Erscheinungen aus der Gerinnungslehre (Einfluss der serösen Häute auf das Flüssigbleiben von Transsudaten und Blutergüssen, gesteigerte Neigung zur Gerinnung im Fieber und bei Inanitionszuständen etc.) wird ohne besondere Versuche auf geänderte Verhältnisse der CO_2-Spannung oder CO_2-Bildung zurückgeführt.

Die Frage, ob das im lebenden Organismus gebildete Fibrinferment durch die Nieren ausgeschieden werde, vermochte B. nicht zu entscheiden.

In den therapeutischen Schlussbetrachtungen ergeht sich der Verf. in breiter Weise über die beste Methode der Transfusion und giebt über die Art des anzuwendenden Blutes dem unter allen Kautelen defibrinirten venösen Blute den Vorrang. Ist es erst zur Fermentintoxikation gekommen, so empfiehlt B. Darreichung von Alkohol, Kohlehydraten und Pflanzensäuren, welche schnell resorbirt und leicht in CO_2 verbrannt werden. Bezüglich anderer, dem

Fibrinferment entgegenwirkender Mittel muss auf das Original verwiesen werden. **Löwit** (Innsbruck).

---

2. W. Einthoven. Der Donders'sche Druck und die Gasspannungen in der Pleurahöhle.

(Pflüger's Archiv Bd. XLIV. p. 152.)

E. suchte die Gasspannungen (CO_2, O und N) des Pleuragewebes dadurch zu bestimmen, dass er Gasgemische vermittels eines eigenthümlich eingerichteten Manometers in die Pleurahöhle von Hunden einbrachte, mittels derselben Vorrichtung nach einiger Zeit wieder sammelte und analysirte. Zur Analyse bediente er sich der Hempel'schen Methoden. Die Spannung der einzelnen Gase drückt er aus in Procenten des Luftdruckes.

Bei 5 Hunden fand er eine mittlere Kohlensäurespannung von 5%; die höchste war 6,5, die niedrigste 3,5%. In der Apnoe zeigte ein Hund 6,1; wurde seine Athmung erschwert 10,2%; ein anderer bei freier spontaner Athmung 7,8, bei behinderter 10,8%. Von erhöhendem Einfluss zeigte sich auch die Narkose.

Die Sauerstoffspannung war bei 4 normalen Hunden im Mittel 7,1%, die maximale = 8,3, die minimale = 7,0%. Bei Athmung O-reicher Luft kann die Spannung dieses Gases bedeutend steigen; Narkose und Dyspnoe sind nicht von regelmäßigem Einfluss.

Der Stickstoffgehalt eines in die Pleurahöhle eingebrachten Gemisches findet sich nach einer gewissen Zeit stets höher wie derjenige der atmosphärischen Luft; er berechnet sich im Mittel zu 87,3%. Doch giebt, wie Verf. des Näheren ausführt, dieser Werth den der N-Spannung der Pleura nicht wieder; letztere ist vielmehr gleich der der Atmosphäre, also etwa 80%, zu schätzen.

Berücksichtigt man auch den Wasserdampf, so ergiebt sich aus den angeführten Werthen, eine Totalspannung von 706 mm Hg.

Damit die normalen Pleuren Gase in den Pleuraraum abgeben können, müsste demnach der negative Druck in diesem über 54 mm steigen. Da der intrathorakale Druck bei normaler Einathmung nur —7,5, bei tiefer —30 mm Hg beträgt, ist unter diesen Bedingungen eine Gasabsonderung in die Pleurahöhle nicht denkbar. Anders liegt es, wenn bei geschlossener Nase und geschlossenem Munde tief inspirirt wird, oder wenn, wie dies unter pathologischen Bedingungen wahrscheinlich vorkommt, die Gasspannung in der Pleura sich ändert.

Schließlich giebt Verf., unter Zugrundelegung seiner Beobachtungen am Hunde, eine Berechnung der Geschwindigkeit, mit welcher in die menschliche Pleurahöhle gelangte Luft resorbirt werden kann. Er findet dieselbe für eine Temperatur von 37° C. zu 220 ccm in 24 Stunden. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

---

3. D. **Rywosch.** Vergleichende Versuche über die giftige Wirkung der Gallensäuren. (Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat, hrsg. von Prof. Kobert.)

Stuttgart, Ferd. Enke, 1888.

Die Pointe dieser Arbeit ruht in dem Nachweis der ähnlichen pharmakologischen Wirkungen, welche den Gallensäuren mit den Körpern der Saponingruppe (Quillajasäure, Sapotoxin etc.) gemeinsam sind. Die Wirkung auf die rothen Blutkörperchen wurde studirt an den Natronsalzen der Taurocholsäure, Glykocholsäure, Cholsäure, Choloidinsäure, Chenocholsäure und Hyocholsäure. Die stärkste auflösende Kraft besitzt das chenocholsaure Natron, sodann folgt das taurocholsaure, choloidinsaure, cholsaure, hyocholsaure und zuletzt das glykocholsaure Natron. Die Vergleichung mit den Saponinsubstanzen ergiebt für diese ein weit stärkeres Auflösungsvermögen für Blutkörperchen, als es die Gallensäuren besitzen. Die Reduktion, welche das Oxyhämoglobin des Blutes beim Stehen erleidet, wird durch Lösungen der gallensauren Salze noch beschleunigt. Gleich den Körpern der Saponingruppe haben die gallensauren Salze auf die Fibringerinnung auch den eigenthümlichen Einfluss, dass sie in schwächerer Koncentration (1 : 500) den Gerinnungsprocess beschleunigen, bei stärkerer Koncentration (1 : 250) aber vollständig aufheben. Der Muskel wird durch verdünnte Lösungen gereizt; in einem zweiten Stadium aber gerinnt sein Inhalt unter Verlust der Querstreifung. Auch in der Einwirkung auf die Muskeln ist das chenocholsaure Natron das giftigste aller gallensauren Salze. Im Großen und Ganzen zeigen die gallensauren Salze auch in der Einwirkung auf die Muskulatur eine auffallende Ähnlichkeit mit den Saponinsubstanzen.

Alle gallensauren Salze, namentlich aber das chenocholsaure Natron, rufen eine primäre Lähmung der Centren des Nervensystems hervor. Auch am bloßgelegten peripheren Nervenstamme setzten diese Salze, auch in geringeren Koncentrationen lokal applicirt, die Leitungsfähigkeit des Nerven herab. Auch am Herzen tritt, wie durch die Saponinsubstanzen, unter Schwund der Querstreifung des Muskels Lähmung ein. In den künstlichen Blutdurchströmungsversuchen überlebender Organe wird durch geringe Mengen irgend eines gallensauren Salzes deutliche Verbreiterung, bei großen Mengen, ähnlich wie beim Cyclamin, Verschmälerung der Gefäßbahnen, letztere durch Wandstarre, bedingt.

Große Mengen von Galle rufen im Magen starke Entzündung hervor und wirken sehr schädlich, können sogar den Tod verursachen.

Subkutan oder intravenös injicirt bewirken die gallensauren Salze Mattigkeit, komaähnlichen Zustand, Pulsverlangsamung, verminderte Athemfrequenz, Durchfall, Erbrechen, Gallenfarbstoff im Harn, eventuell auch Cylinder darin.

Bei der Sektion fand sich starke Hyperämie der Därme oft von

subserösen und submucösen Entzündungen begleitet. In manchen Fällen waren beide Herzkammern gleich nach dem Tode voll von geronnenem Blute. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

4. O. Brieger. Über das Vorkommen von Pepton im Harn. (Aus dem chemischen Laboratorium der Breslauer medicinischen Klinik.)

Inaug.-Diss., Breslau, 1888.

B. giebt eine ausführliche Darstellung der bisherigen das Vorkommen des Peptons im Harn betreffenden Arbeiten und der zum Nachweis desselben angewendeten Methoden. Er selbst verfuhr nach Hofmeister: Der Harn wird völlig enteiweißt, mit Phosphorwolframsäure gefällt, der Niederschlag mit Baryt zerlegt und im Filtrat mit der Biuretprobe das Pepton nachgewiesen und seine Menge geschätzt.

Das Resultat der Peptonprüfung ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

Krankheitsform	positive	negative
Pneumonia croup.	18	—
Phthisis pulm.	14	5
Bronchitis	2	3
Pleuritis	3	5
Peritonitis	5	5
Meningitis	3	2
Erysipelas	2	—
Rheum. art. acut.	1	4
Angina	—	5
Carcinoma uteri	—	5
» mammae	—	2
» peritonei	—	1
» cerebri	—	1
» gland. inguin. metast.	—	1
» vesicae felleae	—	1
» oesophagi	3	2
» ventriculi	3	2
» duodeni	1	—
» hepatis	—	2
Cirrhosis »	—	7
Atrophia » acut.	—	1
Icterus catarrhalis	—	2
Ulcus ventriculi	1	2
Natronvergiftung	—	1
Dilatatio ventriculi	—	1

Außerdem noch durchweg negative Befunde in Anaemia pernic. (3 Fälle), Colica saturnina (2 Fälle), Tumor cerebri (?) (2 Fälle), Abscessus cerebri (?) (1 Fall), Echinococcus hepat., Tumor mediastin., Hydronephrose (je 1 Fall), Typhus abdom. (2 Fälle).

Von den Schlüssen, zu welchen B. bei der Betrachtung der einzelnen Krankheitsgruppen kommt, seien hier nur folgende mitgetheilt:

Die größte Intensität erreicht die Peptonreaktion bei der Pneu-

monia crouposa in den Tagen unmittelbar vor und nach der Krise, um dann allmählich schwächer zu werden. Die Dauer der Peptonausscheidung variirte mit der Dauer des entzündlichen Processes in der Lunge; das Aufhören der Peptonurie fiel meist mit dem Verschwinden der physikalischen Symptome der Infiltration zusammen. Meist war die Peptonausscheidung in der zweiten Krankheitswoche oder dem Anfang der dritten beendet. In denjenigen Fällen, in denen es zu verspätetem Aufhören der Peptonurie kam, handelte es sich entweder um von der Norm abweichenden Verlauf, welcher durch den späten Eintritt der Krise charakterisirt ist, oder um das Ausbleiben der Restitution zur Norm, weitergehenden Zerfall oder verlangsamte Lösung.

Bei der Phthisis pulmonum fand sich Pepton in den Fällen rapiden Verlaufs, dem schnellen Zerfall der tuberkulösen Infiltration entsprechend, so wie im Anfangsstadium der Phthise.

Seröse Exsudate geben niemals die Biuretreaktion.

Die Peptonurie nimmt bei eitrigen Exsudaten zu, wenn, wie z. B. unmittelbar nach einer Punktion durch die Entlastung der Thoraxwandungen die Resorption von Eiter begünstigt wird; sie verschwindet, wenn der Eiter einen dauernden Abfluss nach außen hat.

Auch bei der Peritonitis ist die Peptonurie gebunden an das Bestehen eines eitrigen Exsudates und an die Resorption desselben.

In einem Falle von Meningitis gingen die cerebralen Erscheinungen zurück unter gleichzeitigem Auftreten der Peptonurie.

Bei Erkrankungen der Magen- und Darmschleimhaut ergab sich keine Konstanz der Peptonurie. B. hält auf Grund seiner Beobachtungen die von Pacanowski gegen Maixner erhobenen Einwände nicht für stichhaltig, lässt es aber zugleich unentschieden, ob Maixner's Ansicht, dass die z. B. bei Magenkrebs wiederholt beobachtete Peptonurie auf einer Beeinträchtigung der assimilativen Funktionen der Magenschleimhaut beruhe, richtig ist.

Die Aufstellung einer hepatogenen Peptonurie (Pacanowski) widerspricht eben so wie den Ergebnissen der physiologischen Forschung, auch den klinischen Erfahrungen.

Zum Schluss diskutirt B. die Bedeutung des Vorhandenseins oder Fehlens der Peptonurie für die Diagnose und Prognose.

F. Röhmann (Breslau).

---

5. G. Rummo e A. Ferrannini. Azione biologica comparata dei farmaci cardiaci e azione terapeutica dello strofanto e della strofantina. (Laboratorio della clinica medica di Napoli dir. dal Prof. Cantani.)

(Riforma med. 1888. No. 154—183.)

Als Abschluss einer durch zahlreiche Cardiogramme und hämodynamometrische Kurven illustrirten Darstellung ihrer experimentellen Untersuchungen über die Wirkung von Herzgiften beim Warm-

blüter und Kaltblüter stellen die Verf. folgende Thatsachen zusammen:

1) Die Semiologie der Wirkung und der Mechanismus der Veränderungen, welche die Herzgifte am Herzgefäßsystem erzeugen, sind bei jedem einzelnen Gifte verschieden.

2) Bei heterothermen Thieren, wie beim Frosch (Kröte, Schildkröte, Fisch), ist der semiologische Typus in der Wirkung einer Gruppe von Arzneimitteln, welche das Strophanthin, das Helleborein und das Digitalin umfasst, folgende:

a) Kleine Gaben der Arznei rufen zunächst ein sehr flüchtiges Stadium hervor, in welchem eine Frequenzverminderung oder eine sehr leichte Frequenzvermehrung des Pulses mit weniger ergiebigen Herzschlägen einhergeht; in einem zweiten Stadium, dem therapeutischen, welches verhältnismäßig lange anhält, nimmt ohne irgend welche Arhythmie oder Intermittens des Pulses die Größe der Herzarbeit zu und die Frequenz der Herzschläge ab; ein drittes Stadium, das der toxischen Wirkung, ist durch Allorhythmien, Arhythmien in Form von Irregularität und Aussetzen der Herzaktion gekennzeichnet und geht unter beständiger Abnahme der Frequenz und Leistung der Herzschläge in den Herzstillstand über.

b) Mittlere Dosen können dieselben Wirkungsstadien zeigen wie kleine Gaben, indessen macht das Herz zu Ende der ersten Periode den Versuch stillzustehen, um bald wieder zu schlagen; die beiden letzten Perioden folgen sehr schnell auf einander, derart, dass das toxische Stadium über das therapeutische die Oberhand gewinnt.

c) Maximale Dosen rufen zuerst einige leichte Anzeichen des therapeutischen Stadiums hervor, um dann sehr schnell durch eine rapide Verminderung der Frequenz und Leistung der Herzschläge mit Andeutungen von Arhythmie zum Herzstillstand zu führen.

d) Ob die angewandte Giftdosis eine kleine, mittlere oder große war, ob der Herzstillstand ein vorübergehender oder endgültiger ist, immer erfolgt der letztere in Diastole der Vorhöfe und in Systole der Ventrikel, um so energischer, je größer die Giftigkeit der Arznei und die Höhe der Dosis. Bei kleinen und mittleren Gaben stehen Kammern und Vorhöfe nicht gleichzeitig still, sondern der Vorhof arbeitet noch einige Minuten, nachdem bereits der Ventrikel zu schlagen aufgehört hat.

e) Steht das Herz still, so vermögen mechanische und elektrische Reize, so wie das Atropin noch für kurze Zeit seltene Bewegungen auszulösen, um so eher, je geringer die Giftigkeit und Gabe des Mittels war; jene Bewegungen zeigen sich früher am Vorhof als an der Kammer.

3) Bei heterothermen Thieren weicht der Wirkungstypus einer zweiten pharmakologischen Gruppe, welche das Upas antiar, den Oleander, das Erythrophlaein, das Adonidin und Convallamarin einschließt, von der erstgenannten durch einige besondere Charaktere ab, welche bei der Darreichung kleinster Gaben zu Tage treten. Diese kleinsten Gaben haben in einem ersten Stadium einen Stillstand der Ventrikel in Systole zur Folge, während die Vorhöfe weiter arbeiten; in einem zweiten Stadium fängt der Ventrikel wieder an zu schlagen mit großen Intervallen, während welcher sich allmählich ein Stillstand in Diastole vorzubereiten scheint, derart, dass die diastolische Phase der Ventrikelarbeit sich Schlag um Schlag beträchtlich verlängert; endlich aber steht unter beständiger Abnahme der Frequenz und Leistung der Herzschläge das Herz wieder in Systole still. Während der Zeitphase, in welcher der Ven-

trikel diastolisch erlahmt, vermag Atropin die Herzschläge zu vermehren, vermindert aber gleichzeitig die Ergiebigkeit und Dauer der systolischen Phase eines jeden Einzelschlages und führt schließlich Ventrikelstillstand in Systole herbei. Diese Erscheinungen beobachtet man unter dem Einfluss des Adonidins und Convallamarins auch bei mittleren Gaben des Giftes.

4) Bei heterothermen Thieren hat die dritte pharmakologische Gruppe, die des Kaffeïns und Sparteïns, in jedem Punkte Abweichungen in ihrem Wirkungstypus von den bisher besprochenen, wenn schon der Mechanismus der Einwirkung derselbe sein mag.

a) Kleine Gaben des Kaffeïn haben die Wirkung, dass, während in einer sehr langen ersten Periode die Ausgiebigkeit der Herzkontraktionen unverändert bleibt, ihre Frequenz einigermaßen sich steigert. In der zweiten Periode sinken Frequenz und Leistung der Herzkontraktionen ohne irgend eine Veränderung im Rhythmus langsam und andauernd. In der dritten Periode treten Allorhythmien auf, stets länger werdendes Aussetzen der Kontraktionen bei Stillstand der Ventrikel in mäßiger Diastole; die Herzschläge werden sehr selten, Anfangs noch genügend ergiebig, dann immer seichter bis zum Herzstillstand. Bei mittleren und größten Gaben des Kaffeïn bleibt der Wirkungsmodus derselbe, abgesehen davon, dass die einzelnen Phasen sich schneller ablösen.

b) Kleine Gaben des Sparteïn rufen zunächst das der Therapie nutzbare erste Stadium hervor, welches lange andauert, durch eine progressive beträchtliche Abnahme der Schlagfrequenz, erhebliche Zunahme der Leistung und systolischen Phase der Herzschläge bezeichnet ist und jeglicher Arhythmie und Intermittens ermangelt; in dem zweiten toxischen Stadium verbinden sich irreguläre Arhythmien, die auch fehlen können, mit ganz langsamer, aber fortschreitender Abnahme der Frequenz und Ergiebigkeit der Herzschläge bis zum Herzstillstand. Mittlere und maximale Gaben haben denselben Wirkungstypus, nur dass das zweite Stadium sehr rasch eintritt.

c) Ohne Unterschied der Dosis ergreift die Lähmung stets Ventrikel und Vorhof zugleich; die Systole, in welcher der Ventrikel stillsteht, ist wenig energisch, außer beim Herzstillstand durch stärkste Gaben.

d) Gelingt es, das stillstehende Herz durch elektrischen oder mechanischen Reiz oder durch Atropin wieder anzuregen, so werden Kammer und Vorhof gleichzeitig beeinflusst.

5) Bei homöothermen Thieren, also beim Hund (Kaninchen, Vögel), wird eine pharmakologische Gruppe gebildet von Strophanthin, Helleboreïn, Digitalin, Upas antiar, Erythrophlaein, Adonidin, Convallamarin, deren Wirkungstypus folgender ist:

a) Mittlere Dosen dieser Herzgifte rufen zuerst ein therapeutisch brauchbares Stadium hervor, in welchem der Blutdruck steigt, die Pulsfrequenz sich mindert, die Ausgiebigkeit der hämodynamometrischen Kurven wächst und außerdem bei einzelnen jener Gifte — Adonidin und Convallamarin — die diastolische Phase einer jeden Herzkontraktion beträchtlich sich verlängert; diesem folgt das zweite oder toxische Stadium, in welchem der endovasale Druck sinkt, die Ausgiebigkeit der Druckschwankungen sich vermindert, die Schlagfolge vermehrt wird, während gleichzeitig Allorhythmien oder Arhythmien und Intermittenzanfälle bis zum Herzstillstand sich ausbilden.

b) Maximale Gaben lassen das erste Stadium nur sehr flüchtig hervortreten, während das toxische Stadium durch seine Dauer und die Intensität seiner Symptome frappirt.

c) Der Herzstillstand erfolgt stets in Diastole der Kammer wie des Vorhofes.

d) Es besteht keine direkte Beziehung zwischen Abnahme der Pulsfrequenz und Erhöhung des arteriellen Druckes, wie sie im therapeutischen Stadium sich

geltend macht. Etliche Gifte (Strophanthin und Helleboreïn) beeinflussen die Frequenz wenig und steigern dagegen den Blutdruck beträchtlich; andere (Digitalin, Oleander, Adonidin, Convallamarin) setzen die Pulsfrequenz erheblich herab, während der Blutdruck verhältnismäßig weniger beeinflusst wird.

e) Die spinale Innervation wird durch keines der genannten Gifte in keinem Stadium ihrer Wirkung gelähmt.

f) Durchschneidung der Vago-Sympathici und Reizung ihrer peripheren Stümpfe haben Veränderungen des Blutdruckes, der Frequenz und des Rhythmus der Herzaktion zur Folge, die ausgeprägter im toxischen als im therapeutischen Stadium sind und die länger dauern unter dem Einfluss jener Mittel (Oleander, Digitalin, Adonidin, Convallamarin), welche im therapeutischen Stadium den Blutdruck im Vergleich zur Herabsetzung der Pulsfrequenz nur wenig steigern und zudem gar (Adonidin und Convallamarin) gleichzeitig die diastolische Phase jeder Herzkontraktion beträchtlich verlängern, als unter dem Einfluss der anderen Mittel (Strophanthin und Helleboreïn), welche die Pulsfrequenz nur wenig im Verhältnis zur Blutdrucksteigerung herabsetzen.

g) Reizung eines Ischiadicus während der Wirkung eines jener Herzgifte hat Steigerung des Blutdruckes zur Folge, die um so beträchtlicher ist, je weniger vorher der Blutdruck unter der Einwirkung jener Gifte gestiegen war. Jene künstlich hervorgerufene Drucksteigerung wird nie von Arhythmie der Herzthätigkeit begleitet, lässt eine bestehende Arhythmie unverändert oder bringt sie gar hin und wieder zum Verschwinden.

6) Bei den homöothermen Thieren hat eine zweite pharmakologische Gruppe von Herzgiften, Kaffeïn und Sparteïn, folgenden Wirkungstypus:

a) In einem ersten Stadium der Wirkung hebt sich der arterielle Druck um ein Weniges, sowohl nach Darreichung von Kaffeïn als von Sparteïn, während die Pulsfrequenz sich vermindert und zwar in geringem Maße durch Kaffeïn, beträchtlich durch Sparteïn. Ein zweites Stadium zeigt Absinken des Blutdruckes, was beim Sparteïn, während gleichzeitig eine beträchtliche Verminderung der Pulszahl fortdauert, von Arhythmien begleitet wird, welche nach Durchschneidung der Vago-Sympathici verschwinden und wieder auftreten in ihrer früheren Gestalt, wenn die peripheren Stümpfe dieser Nervenstämme gereizt werden.

b) Der Herzstillstand erfolgt in Diastole sowohl bezüglich der Kammern als der Vorhöfe.

c) Die genannten Veränderungen am Blutdruck, in der Frequenz und dem Rhythmus der Herzaktion nach Durchtrennung der Vago-Sympathici und Reizung ihrer bezüglichen peripheren Stümpfe, beweisen, dass jene Nerven durch die in Rede stehenden Arzneimittel beträchtlich überreizt sind.

d) Die Reizung eines Ischiadicus während der Wirkung dieser Herzgifte führt eine bedeutende Drucksteigerung herbei und gleicherzeit Arhythmien, falls diese noch nicht vorher bestanden, und macht etwa schon bestehende deutlicher.

7) Einwirkung großer Dosen sämmtlicher Herzgifte hat bei heterothermen Thieren, bei denen zuvor die centrale Innervation des Herzens allein oder zugleich mit dieser auch die periphere und gangliöse Innervation gelähmt wurde, dieses zur Folge:

a) Eine Gruppe jener Gifte und zwar Strophanthin, Helleboreïn, Upas antiar, Digitalin, Oleander, Erythrophlaein, Adonidin, Convallamarin, kann ihren Wirkungstypus vollständig entwickeln, abgesehen davon, dass die Arhythmien und Intermittenserscheinungen, welche bei Integrität der Herzinnervation hervortreten, gar nicht oder kaum merklich in Erscheinung treten; ein besonderer Theil dieser Gruppe, Oleander, Erythrophlaein, Adonidin, Convallamarin, lässt, wenn vorher die centrale Innervation allein gelähmt wurde, dieselben Arhythmien und Ausfälle der Herzkontraktionen zur Entwicklung kommen, welche bei ungeschädigter Herzinnervation beobachtet werden.

b) Eine andere Gruppe, und zwar das Kaffeïn und Sparteïn, äußert gar nichts unter jenen Umständen von ihrer typischen Wirkung, sondern ruft Erscheinungen hervor, wie sie an einem Herzen zu Tage treten, das seiner Innervation entzogen ist, ohne unter dem Einflusse irgend eines Herzgiftes zu stehen.

8) Bei homöothermen Thieren, deren Vago-Sympathicus-Innervation vorher vollständig durch starke Dosen Atropin ausgeschaltet wurde, zeigt sich dieses:

a) Die erste Gruppe der Herzgifte, und zwar Strophanthin, Helleboreïn, Upas antiar, Digitalin, Oleander, Erythrophlaein, Adonidin, Convallamarin, lässt ihre typische Wirkung in den beiden bezeichneten Stadien zur Ausbildung gelangen; indessen ist gemeiniglich die Verminderung der Schlagfolge und die Erhöhung des arteriellen Druckes in dem ersten Stadium weniger hochgradig als bei intakter Vago-Sympathicus-Innervation; und dieser Unterschied ist am merklichsten bei jenen Giften (Digitalin, Oleander, Erythrophlaein, Adonidin, Convallamarin), welche bei Erhaltung der Vago-Sympathicus-Innervation die Pulsfrequenz beträchtlich im Vergleich zur gleichzeitigen Druckerhöhung herabsetzen, als bei den anderen (Strophanthin, Helleboreïn), welche bei intakter Innervation die Pulsfrequenz im Vergleich zur hohen Steigerung des Druckes nur mäßig vermindern.

b) Die andere Gruppe, die aus Kaffeïn und Sparteïn besteht, bringt überhaupt ihre Wirkung nicht zur Geltung, in so fern der Blutdruck unverändert bleibt oder andauernd niedrig steht.

9) Aus den vorstehenden Thatsachen bezüglich der Semiologie und des Mechanismus der pharmakologischen Wirkung bei Warmblütern und Kaltblütern lassen sich folgende Schlüsse über den Angriffspunkt ziehen, welchen die besprochenen Herzmittel am Herzgefäßsystem sich wählen:

a) Strophanthin und Helleboreïn beeinflussen fast ausschließlich das Myocardium und nur ganz vorübergehend die Herznerven; sie verdienen daher die Bezeichnung: Pharmaca myocardiokinetica.

b) Upas antiar, Digitalin, Erythrophlaein, Oleander wirken hauptsächlich auf das Myocardium und in zweiter Linie auf die Herznerven, sind daher zu bezeichnen als Pharmaca myoneurocardiokinetica.

c) Adonidin und Convallamarin greifen sowohl die Herznerven als auch den Herzmuskel an, jene aber in stärkerem Maße als diesen, und dürfen daher die Bezeichnung tragen: Pharmaca neuromyocardiokinetica.

d) Kaffeïn und Sparteïn sprechen fast ausschließlich zum Herznervensystem und nur ganz vorübergehend zum Herzmuskel; daher sie zu bezeichnen sind als Pharmaca neurocardiokinetica.

10) Aus dem graphischen Studium der Unterschiede im Stadium der latenten Reizung, der Größe und Dauer der Muskelkontraktion, der Periode des Anstiegs und des Absinkens der Energie, der Höhe der myographischen Kurven am unverletzten Frosche, an welchem einmal der Gastrocnemins, das andere Mal der Ischiadicus gereizt wird, ergiebt sich bezüglich der Muskelkontraktilität und der neuromuskulären Erregbarkeit, dass

a) beide herabgesetzt werden nur vom Strophanthin, wenn die Gruppe der Myocardiokinetica in Anwendung kommt, und zwar von jenem in nicht unbeträchtlichem Grade;

b) beide herabgesetzt werden, so weit die Gruppe der Myoneurocardiokinetica in Betracht gezogen wird, von Digitalin, Upas antiar und Oleander in geringfügigem Maße, vom Erythrophlaein ziemlich beträchtlich;

c) beide nur wenig von den beiden Neuromyocardiokinetica, Adonidin und Convallamarin, herabgesetzt werden;

d) beide hochgradig beeinflusst werden von den Neurocardiokinetica, und zwar vom Kaffeïn anfänglich im Sinne erheblicher Steigerung, sodann im Sinne gewisser Herabsetzung; vom Sparteïn anfänglich im Sinne mäßiger Steigerung, sodann beträchtlicher Depression;

e) Kaffeïn modificirt wesentlich die muskuläre Kontraktilität, Sparteïn vorzugsweise die neuromuskuläre Erregbarkeit.

11) Bei einem Thiere, dem zuvor der größte Theil der vasomotorischen Centra zerstört wurde, tritt Folgendes zu Tage:

a) Alle Gifte mit myocardiokinetischer, neuromyocardiokinetischer und myoneurocardiokinetischer Wirkung vermögen den Blutdruck zu steigern, ferner die centrale und periphere Körpertemperatur, welche nach Lähmung der Vasokonstriktoren resultirt, unverändert zu erhalten oder gar zu erhöhen.

b) Die Steigerung des Blutdruckes unter jenen Umständen ist ausnahmslos geringer als jene, welche bei Integrität der vasomotorischen Centra hervorgerufen wird; dieser Unterschied ist sehr merklich beim Digitalin, einigermaßen merklich beim Strophanthin, fast unmerklich beim Upas antiar.

12) Aus diesen Thatsachen ergiebt sich weiterhin, dass

a) kein Herzgift den Blutdruck durch Reizung peripherer Vasokonstriktoren oder direkte Erregung der Gefäßwände steigert;

b) die durch Herzgifte bewirkte arterielle Drucksteigerung nothwendig zu Stande kommen muss in Folge einer kombinirten Reizung des Myocardiums und der vasokonstriktorischen Centra im Bulbus, so zwar, dass einmal die Wirkung des Giftes auf das vasomotorische Centrum überwiegt (Digitalin), das andere Mal die Reizung des Herzmuskels in den Vordergrund tritt (Upas antiar) und ein drittes Mal die Erregung beider Faktoren in annähernd gleichem Maße geschieht (Strophanthin). **G. Sticker** (Köln).

---

6. O. **Fräntzel.** Einige Bemerkungen über das Auftreten der Endocarditis.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1888. No. 7.)

F. bespricht die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Endocarditis, die er in 3 große Gruppen eintheilt, 1) in die Endocarditis ulcerosa, 2) in die Endocarditis simplex, die im Gefolge verschiedener akuter Krankheiten oder auch selbständig auftritt. Diese letztere Form, die selbständige Endocarditis, tritt nach F. unter Schmerzen in der Herzgegend und unter dem Brustbein, geringen Fieberbewegungen, erhöhter Puls- und Athemfrequenz und Dyspnoe auf. Als 3. Form bezeichnet F. diejenige, welche sekundär die Herzklappen erreicht, nachdem schon vorher kürzere oder längere Zeit an der Intima der Aorta entzündliche Processe zur Entwicklung gekommen sind.

Für die Behandlung der ersten Form werden große Dosen Alkohol in Verbindung mit mehreren täglich gereichten Gaben von 0,5 Chin. muriaticum empfohlen. **Seifert** (Würzburg).

---

7. E. **Harnack.** Das Kalkwasser.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 18.)

Die ärztliche Erfahrung hat sich des Kalkwassers zur Erfüllung von zwei Indikationen bedient, erstens als Adstringens und zweitens zur Auflösung diphtheritischer Pseudomembranen. Die adstringirende

Wirkung das Kalkwassers führt H. auf das Verhalten desselben zu den Fetten zurück; mit den in diesen enthaltenen geringen Mengen freier Fettsäuren bilden sich sofort die in Wasser unlöslichen Kalkseifen, wodurch das flüssige, weiche Fett in eine zähe, festhaftende Masse verwandelt wird, die zur Bildung eines schützenden Flächenüberzugs besonders geeignet ist. So z. B. der Werth des Kalkwassers bei Verbrennungen, wobei außerdem die sauren Produkte, welche sich in den Geweben bei Verbrennungen bilden, noch neutralisirt werden. Ferner entsteht auch durch die Kohlensäure, besonders im Munde und den Luftwegen, äußerst fein präcipitirter kohlensaurer Kalk, welcher gleichfalls eine schützende Decke für die Zellen der Gewebsoberfläche bildet und das Eindringen von niederen Organismen erschwert. Der adstringirenden Wirkung widerspricht eigentlich die auflösende Wirkung; indessen erklärt sich dies folgendermaßen: Das Fibrin der diphtheritischen Pseudomembranen wird zwar nicht gelöst, wohl aber wird der Klebestoff, das Mucin, gelöst, welches die feinen Fibrinpartikelchen zu einer kompakten gallertigen Masse vereinigt. Die Inhalation von Kalkwasser ist bei Diphtherie unzweckmäßig, da in der feinen Zerstäubung das Kalkwasser durch die Kohlensäure der Exspirationsluft sofort gefällt wird; es ist vielmehr als Gurgelwasser anzuwenden. Kalkwasser ist sonach das einzige unter unseren Adstringentien, welches zugleich lösend auf den Schleim einwirkt. Ferner kann wegen der geringen Löslichkeit des Kalkhydrates in Wasser nie eine so starke Lösung entstehen, dass die adstringirende Wirkung zu einer ätzenden und entzündungserregenden werden kann.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

8. O. Hauser. Über den therapeutischen Werth des Lipanins. (Aus der Universitäts-Kinderklinik des Herrn Prof. Kohts zu Straßburg.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV. Hft. 5 u. 6.)

9. Marpmann. Die Fettverdauung und die neuen Ersatzmittel für Leberthran.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 29. Juli 17. p. 485.)

Nicht dem Jod oder Trimethylamin, die in zu minimaler Menge im Leberthran enthalten sind, nicht den überhaupt nur irrigerweise als im Leberthran vorhanden angenommenen Gallenbestandtheilen, nicht seiner Eigenschaft als leicht verdauliches Fett — denn es lässt sich durch andere Fette nicht ersetzen — sind Werth und leichte Verdaulichkeit des Leberthrans zuzuschreiben, sondern (nach Buchheim. 1874) seinem — durchschnittlich 5% betragenden — Gehalte an fetten Säuren, besonders an Ölsäure. Diese besonders in den dunklen Sorten enthaltenen Fettsäuren werden im Darm zu Seifen, emulgiren das übrige Fett und begünstigen seine Resorption. Die bekannten nachtheiligen Nebenwirkungen des Leberthrans müssen

zum Theil den Ptomainen zugeschrieben werden — wird ja der dunkle, wirksamere, weil mehr (bis zu 10,43 %) Ölsäure enthaltende Thran aus gefaulten Lebern hergestellt. Von den vielen misslungenen Verbesserungsversuchen des Leberthrans ist das »Morrhuol«, d. i. das gewiss alle Ptomaine enthaltende alkoholische Extrakt des dunklen Thrans als Missgriff zu bezeichnen. v. Mering's »Lipanin« besteht aus feinstem, 6 % Ölsäure enthaltenden Olivenöl. Es bildet in 1‰iger Sodalösung eine feine, gleichmäßige und haltbare Emulsion. H. machte mit dem Lipanin Versuche an 38 Kindern von 1¼—13¾ Jahren. Das angenehm schmeckende, ptomainfreie Mittel wurde (4—48 g pro die) gern und mit Vortheil genommen, vortrefflich resorbirt und vollständig verdaut, vorzüglich vertragen, verdient also nach H. in jeder Weise den Vorzug vor jedem Leberthran und kann auch in der heißen Jahreszeit gegeben werden. H. empfiehlt auch das Löflund'sche »Lipanin-Malzextrakt«.

K. Bettelheim (Wien).

M. glaubt nach seinen Versuchen annehmen zu müssen, dass der Vorzug des Leberthrans vor anderen Fetten auf seiner besseren Mischbarkeit mit dem Magensaft beruht. Mischt man Leberthran mit künstlichem Magensaft bei Blutwärme und schüttelt ihn um, so setzt sich nach einigen Minuten die Fettschicht oben ab, doch bleibt dieselbe auch nach ¼ Stunde noch emulsionsartig, während bei anderen Fetten sofort wieder eine ölige Ausscheidung statthat. Von den empfohlenen Ersatzmitteln des Leberthrans verhielt sich das Lipanin ziemlich eben so wie die anderen Fette, während das Fettpeptonat (Gehe & Co., Dresden), eine Mischung von Leberthran mit Baumöl oder von reinem Baumöl, zerlegt durch Pankreasdrüse, sich dem Leberthran analog verhielt. Eben so verhielt sich dem Leberthran analog eine Mischung von Ol. olivarum mit 0,5 % Natr. oleinic.

Weitere Versuche ergaben, dass im Leberthran eine durch Alkohol und durch Äther fällbare Substanz enthalten ist, die nach dem Auflösen in Wasser auch anderen Fetten die Eigenschaften des Leberthrans ertheilt, ferner, dass diese Substanz auch im Pankreassafte vorkommt, durch Gerbsäure gefällt wird und Kupferlösung reducirt.

A. Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **H. Häckel.** Ein Fall von ausgedehntem angeborenem Defekt am Thorax.

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. p. 474.)

Es fehlen vollständig Mm. pectoralis major, minor und serratus anticus major der linken Seite. Linkes Schulterblatt mangelhaft ausgebildet. Defekt der linken Rippen am Sternalende mit leichter Hernia pulmonalis. Verkümmerung der Brustdrüse. Verf. deutet die Missbildung als eine Fissura sterni lateralis. In solcher Ausdehnung stellt der Fall, so weit Verf. fand, ein Unicum dar.

Hansemann (Berlin).

11. **Radestock.** Ein Fall von Struma intratrachealis.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. III. p. 291.)

Zu den 4 schon bekannten (Fällen (1 von Ziemssen, 3 von Bruns) fügt Verf. einen neuen hinzu, der sich durch seine eigenthümliche Lage, am Eingange des rechten Hauptbronchus auszeichnet. In der rechten Lunge hatte sich eine tuberkulöse Phthise etablirt. Die Bronchialäste in der rechten Lunge waren zu weiten Höhlen erweitert und mit Eiter gefüllt. **Hansemann** (Berlin).

12. **A. Fraenkel.** Über die bakterioskopische Untersuchung eitriger pleuritischer Ergüsse und die aus denselben sich ergebenden diagnostischen Schlussfolgerungen.

(Charité-Annalen XIII. Jahrg. p. 147—192.)

Über das Vorkommen von Spaltpilzen in pleuritischen Exsudaten liegen in der Litteratur bereits mehrfache Angaben vor, und auch der Verf. vorliegender Arbeit hat früher schon dem gleichen Gegenstande wiederholt seine Aufmerksamkeit zugewandt und sowohl zur Frage nach der Ursache der sog. genuinen serös-fibrinösen Pleuritis Stellung genommen, als auch mit den Bakterienbefunden eitriger Exsudate der Pleura und deren diagnostischer Bedeutung sich eingehend beschäftigt. In ersterer Hinsicht huldigt Verf. im Gegensatze zu französischen Autoren (Kelsch, Vaillard, Landouzy) der Ansicht, dass eine primäre, genuine Pleuritis serofibrinosa vorkommen könne, wenn auch ein großer Theil solcher Fälle tuberkulösen Ursprungs sei; in den meisten Fällen dieser Art werden Mikroorganismen vermisst und werden in einem serös-fibrinösen Exsudate Streptokokken gefunden, so erfolgt wahrscheinlich in kürzester Zeit eine eitrige Metamorphose oder es liegt schon ein Empyem vor, bei dem sich die Eiterkörperchen an den Boden der Pleurahöhle gesenkt haben. In neuerer Zeit hat Verf. fernerhin 12 Fälle von Empyem des verschiedensten Ursprunges bakteriologisch untersucht und dabei kurz folgende Resultate erzielt:

In Fällen von Empyem, bei denen sich nicht mit Sicherheit entscheiden ließ, ob eine Pneumonie vorausgegangen war oder nicht — Verf. bezweifelt auch nicht das Vorkommen primärer Empyeme —, wurde der Streptococcus pyogenes als Ursache der Eiterung gefunden. Diesen Streptokokkenbefunden ist eine bestimmte diagnostische Bedeutung nicht zuzuschreiben, da sie sich sowohl beim primären Empyem als auch bei den im Gefolge einer Pneumonie, einer Tuberkulose etc. auftretenden Empyemen finden.

In 3 Fällen schloss sich das Empyem an Pneumonie an und in diesen fand sich ausschließlich der Fraenkel'sche Pneumococcus, so dass Verf. überzeugt ist, dass überall da, wo in Empyemen dieser Mikrobe ausschließlich gefunden wird, eine fibrinöse Pneumonie vorausgegangen sein müsse. Auch prognostisch lässt sich das Vorkommen von Pneumoniemikrokokken im Empyemeiter vielleicht verwerthen (das Beobachtungsmaterial ist freilich noch zu gering), indem in 2 Fällen dieser Art spontane Heilung durch Durchbruch des Exsudates in die Lunge ohne Entstehung von Pneumothorax erfolgte und es nicht undenkbar ist, dass ein solcher Durchbruch vorwiegend oder ausschließlich bei den durch die Pneumokokken bedingten Empyemen vorkäme, da deren geringe Resistenz anderen Eitermikroben gegenüber eine schnelle Heilung des bestehenden Abscesses nach seiner Eröffnung verständlich erscheinen lässt. Bei einem dieser Pat. stellte sich zur Zeit des Durchbruchs des Empyems doppelseitige Otitis media ein und es ist wahrscheinlich, dass diese durch eine Infektion von der Tube aus durch die gleichzeitig expektorirten Eitermassen mit den Pneumoniekokken stattgefunden habe.

Außerdem wurden 4 Fälle von tuberkulösem Empyem untersucht. Im ersten dieser Fälle handelte es sich um einen Phthisiker mit doppelseitiger, links serofibrinöser und hämorrhagischer, rechts eitriger Pleuritis. Auf beiden Pleuren waren zahlreiche Tuberkel und trotzdem fanden sich links gar keine Bakterien, rechts nur Streptokokken, nirgends aber Tuberkelbacillen; dieser negative Befund ist sehr auffallend, doch muss man sich dabei erinnern, dass erstens Tuberkelbacillen oft überhaupt sehr schwer im Eiter nachweisbar sind und dass der Mangel des Nachweises derselben

noch nicht beweist, dass keine Tuberkulose vorliege; im Gegentheile berechtigt die Abwesenheit irgend welcher Mikroorganismen im eitrigen Exsudate mit ziemlicher Sicherheit schon intra vitam zu dem Schlusse, dass das Exsudat ein tuberkulöses und das Virus hauptsächlich in Form von Sporen im Eiter enthalten sei. Die Streptokokken in dem erwähnten Falle beruhten wohl auf einer Sekundärinfektion. Im zweiten und vierten der hierher gehörigen Fälle wurden keine Mikroben gefunden und auch hier war die Annahme des tuberkulösen Ursprunges durch den Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum eine gesicherte. Im dritten Falle waren diese Bacillen im Eiter nachweisbar und hier bestand gleichwie im vierten Falle auch ein Pneumothorax; dass trotzdem im Eiter keine anderen Mikroben nachgewiesen wurden, kommt wohl daher, dass mit dem Kaverneneiter in der Regel wenig oder gar keine anderen Keime beim Entstehen des Pneumothorax in die Pleurahöhle gelangen, weil der Kaverneneiter die Entwicklung anderer Bakterien hemmt, sowohl durch seinen Gehalt an Stoffwechselprodukten der Tuberkelbacillen, als auch durch den hohen Kohlensäuregehalt der Lungenluft.

In 2 weiteren Fällen hatte sich das Empyem einmal im Anschluss an eine diffuse Peritonitis, das andere Mal nach einer retropharyngealen Phlegmone und hierdurch bedingter Pericarditis entwickelt; bei beiden wurde die eitrige Pleuritis durch den Streptococcus pyogenes erzeugt und beweisen auch diese Fälle die schon öfters betonte Eigenthümlichkeit der Streptokokken auf dem Wege der Lymphbahnen von einem Infektionsherde aus bis in entfernte Organe des Körpers fortzukriechen und hier neuerdings Entzündung und Eiterung zu erregen.

Goldschmidt (Nürnberg).

13. E. Chambard. Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniole.

(Annal. de dermat. et syph. vol. IX. No. 7.)

C. hat an 6 Geisteskranken und 1 Wärter Studien über die Ätiologie der Panaritien gemacht.

Er hat aus dem Eiter verschiedene Kokkenarten gezüchtet und bestätigt auf Grund seiner Ergebnisse die Ansichten von Cornil, Babes und Andry über den parasitären Ursprung der Panaritien. Er empfiehlt die incidirten Herde mit Karbolsäure auszuspritzen und mit Jodoform auszufüllen und hat zahlreiche Panaritien bei dieser Behandlung ohne Komplikation heilen sehen. **Nega** (Breslau).

14. H. Oppenheim (Berlin). Nachtrag zu meiner Mittheilung über die oscillirende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis. (Aus der Nervenklinik der Charité.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 29.)

Im Anschluss an seine Mittheilung in der Berl. klin. Wchschr. 1887 No. 36, welche von uns in No. 11 d. Bl. 1888 referirt ist, bespricht Verf. den weiteren Krankheitsverlauf und das Sektionsergebnis jenes Falles von Hemianopsia bitemporalis fugax. Die Daten sind kurz folgende:

Ein 31jähriger Pat. kommt am 25. Mai 1887 in die Nervenklinik und klagt über heftige seit Februar bestehende Kopfschmerzen, die periodisch exacerbirten und mit zeitweisem Erbrechen verbunden waren, über vorübergehende Diplopie, Abnahme der Sehkraft, besonders links, und Polydipsie. 1873 Ulc. genitale mit folgenden allgemeinen Drüsenschwellungen.

Der Augenhintergrund war normal, aber die perimetrische Untersuchung ergab eine unvollständige bitemporale Hemianopsie. Diese Sehstörung und ein ausgesprochener Diabetes insipidus, freilich die einzigen objektiven Symptome, veranlassten O. zu der Diagnose einer gummösen Neubildung in der Gegend des Chiasma nervor. opticor.

Jodkalium, 3,10 pro die, wurde mit dem Erfolge gebraucht, dass die Sehstörung nach 5—6 Tagen verschwunden war. Der Kopfschmerz und die Polydipsie und Polyurie besserten sich ebenfalls. Nach 14 Tagen wurde Pat. geheilt entlassen. Einige Monate später sah O. den Pat. wieder in der Poliklinik und empfahl

ihm, da er wieder über starke Kopfschmerzen klagte (das Gesichtsfeld war frei), sich zur Inunktionskur aufnehmen zu lassen. Das that Pat. nicht, da auf Jodkalium wieder Besserung eintrat. Im November 1887 wurde Pat. in schwerer Benommenheit in die Gerhardt'sche Abtheilung aufgenommen. Eine Sehprüfung war nicht mehr ausführbar. Es bestand rechtsseitige Oculomotoriuslähmung. Nach wenigen Tagen erfolgte der Exitus letalis.

Die Sektion bestätigte die Diagnose: »Es fand sich eine von den weichen Hirnhäuten in der Gegend des Chiasma ausgehende diffuse gummöse Neubildung, welche von den Winkeln, besonders von dem hinteren Winkel aus in das Mittelstück eindrang; ein Sagittalschnitt durch das Chiasma zeigte grau aussehende Querschnittflächen.« Die Optici waren bei ihrem Austritt aus dem Chiasma geschwollen und grau verfärbt, an der lateralen Partie befand sich noch eine hellweiß aussehende sichelförmige peripherische Zone. Beide Oculomotorii waren grau verfärbt, der rechte stark geschwollen. Die mikroskopische Untersuchung lehrte, dass der Oculomotorius völlig in eine syphilitische Geschwulst verwandelt war, während sich am Opticus und am vorderen Chiasmawinkel namentlich die innere Hälfte von syphilitischer Neubildung durchsetzt zeigte.

So war also aus dem ganz flüchtigen Befunde einer Hemianopsia bitemporalis der Sitz und Charakter der Erkrankung erschlossen und die Diagnose durch die Sektion bestätigt worden.

Verf. spricht noch von 2 anderen Fällen.

Der eine gestattete den syphilitischen Process in seinem Anfangsstadium zu studiren. Neben einer kompleten rechtsseitigen Hemiplegie bestand eine totale linksseitige Oculomotoriusparalyse, also die Erscheinungen einer Hemiplegia alternans. Eine solche gekreuzte Lähmung pflegt in allen Lehrbüchern auf eine Affektion des Hirnschenkels bezogen zu werden. Die Sektion ergab jedoch, dass in diesem Falle der Hirnschenkel gesund war, dagegen war der linke Oculomotorius in eine syphilitische Schwiele eingebettet und fast völlig atrophirt, außerdem bestand in Folge syphilitischer Endarteriitis ein Erweichungsherd in der Capsula interna sinistra, der die rechtsseitige Hemiplegie bedingt hatte. Der Sehnerv selbst war nicht mit ergriffen, die syphilitische Infiltration der Meningen hatte sich gerade über dem vorderen Chiasmawinkel entwickelt und ragte in Form eines Zapfens in den Winkel hinein.

In einem anderen Falle fand O. bei Lähmung des linken, Parese des rechten Oculomotorius, bei linksseitiger Hemiplegie und rechtsseitiger Hemianopsia homonyma bilateralis pathologisch-anatomisch einen basalen syphilitischen Process, der den linken Oculomotorius, den linken Tractus opticus, weniger den rechten Oculomotorius betroffen und durch Betheiligung der Gefäße, die nach O.'s Erfahrung fast immer besteht, zu einem Erweichungsherd in der rechten Hemisphäre geführt hatte.

G. Gutmann (Berlin).

15. **S. Freud.** Über Hemianopsie im frühesten Kindesalter. (Aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitute in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 32 u. 33.)

S. zeigt an 2 Fällen, dass absolute Hemianopsie auch bei Kindern (von $3^1/_4$ resp. $2^1/_6$ Jahr) vorkommen könne.

1) Normale Geburt, Konvulsionen im Säuglingsalter; $2^3/_4$ Jahr alt, am Tage nach einer akut fieberhaften Erkrankung hemiplegisch. Bei der Aufnahme Hemiplegia spastica sinistra mit Betheiligung des linken Facialis — linker Mundwinkel herabhängend, mimische Bewegungen nicht mitmachend; Hemianaesthesia sin.; Kopf fast beständig nach rechts gedreht und nach rückwärts geneigt; Augen in die rechten Winkel der Lidspalten eingestellt und zwar nicht in Folge Krampfes oder associirter Lähmung, da sie mitunter zur Mittellinie und über sie hinaus hinübergehen. Sonst Augenbewegungen durch Kopfbewegungen ersetzt. Nach Gegenständen in der rechten Gesichtsfeldhälfte prompt greifend, ist das Kind gegen alles links Befindliche gleichgültig oder dreht den ganzen Körper nach links, letzteres

besser am Ende des ersten Beobachtungsjahres. Verbinden des rechten Auges bewirkt heftiges Schreien. Pupillenreaktion prompt. Das Kind versteht Alles und spricht dem Alter angemessen.

2) $2^1/_{12}$ Jahr alt. Akut fieberhafte Erkrankung mit Konvulsionen 1 Monat vorher. Hemiplegia spastica dextra in Besserung. Hemianaesthesia dextra (?). Aphasia (ganzer Sprachschatz: »Ahah«). Hemianopsia dextra bei normalem Spiegelbefund.

S. bezweifelt den corticalen Ursprung dieser Hemianopsien, die bei Erwachsenen durch Erkrankung der ganzen Strecke der optischen Leitungsbahn vom Chiasma bis zur Occipitalrinde ausgelöst werden können. Die centrale Kinderlähmung kann durch die mannigfaltigsten Erkrankungen an den verschiedensten Gehirnlokalitäten zu Stande kommen; doch ist die Wahrscheinlichkeit für subcorticale Begründung einer Hemianopsie um so größer, je typischer sie ist. Für die rasch entstandenen, dauernden, jedoch besserungsfähigen Ausfallssymptome: Hemianopsie, Hemiplegie und Hemianästhesie liegt es näher, eine kleine Läsion der Capsula interna — am wahrscheinlichsten Thrombose oder Embolie der Art. cerebri media — als vielfache und verbreitete Rindenläsionen in Anspruch zu nehmen. Die subcorticale Strecke der optischen Bahn von den Vierhügeln an durch die Capsula interna und das Mark des unteren Scheitelläppchens fällt in das Ernährungsgebiet der Art. cerebri media. Dass Hemianopsie nicht als stete Folge der Embolien der Art. foss. Sylvii angeführt wird, beruht nach Wernicke (1881) darauf, dass daraufhin nicht speciell untersucht zu werden pflegt und darauf, dass für das Auftreten der Hemianopsie die Erweichung bis an die optische Leitungsbahn zur Occipitalrinde (Gratiolet'sche Sehstrahlung) reichen muss.

Die beobachtete Deviation conjugée war kein Reizphänomen, sie war nicht unveränderlich und unüberwindbar, sondern ein anatomisches Innervationssymptom, d. h. sie trat nur ein, wenn bei erwachter Aufmerksamkeit kein Anlass bestand, die Augen nach der ausgefallenen, nicht sehenden Seite zu richten. Die Einstellung der Augen nach der erhaltenen Gesichtsfeldhälfte ist keine zweckmäßige Bewegung, denn bei rechtsseitiger Hemianopsie wird die Stellung der Augen nach links das erhaltene Gesichtsfeld noch weiter nach links verlegen und desshalb sei ein besonderer Zustand des Bewusstseins (Demenz, kindliches Alter, Coma apoplecticum, in welch letzterem nach F. Hemianopsie wahrscheinlich unbemerkt bestehe) für das Zustandekommen der Deviation conjugée nöthig.

K. Bettelheim (Wien).

16. C. W. Cutler. Hyperidrosis — Report of a case, with remarks.

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1888. Februar.)

Es handelt sich um ein kräftiges junges Mädchen von 22 Jahren aus gesunder Familie, welche keinerlei organische Leiden darbot. Mit 13 Jahren wurde sie menstruirt und unmittelbar vorher stellte sich ohne sonstige Gesundheitsstörungen eine hochgradige Hyperidrosis beider Volae manus ein. Die Hyperidrosis besteht Winter und Sommer. Das Sekret ist klar, geruchlos und schmeckt etwas salzig. Die Menge des Sekrets ist bei Tag und Nacht gleich. Bei freier Perspiration sonstiger Körperstellen nimmt das Sekret etwas ab, hingegen nimmt es bei Erregung zu — vorausgesetzt, dass die Erregung eine angenehme ist.

Die Hyperidrosis beschränkt sich genau auf die Handteller und die Volarflächen der Finger, die Dorsalflächen sind trocken. Die afficirten Stellen sind kühl und fühlen sich etwas verdickt und verquollen an, doch nicht geschrumpft wie bei Wäscherinnen.

Tastsinn und Schmerzempfindung sind normal.

Die Quantität des Sekrets ist enorm. Etwa 30 g können von einer Hand im Laufe von 5 Minuten aufgefangen werden. Nachts müssen die Hände in Handtücher eingewickelt werden, um das Nasswerden der Bettwäsche zu verhüten.

C. hält die Hyperidrosis für eine funktionelle Neurose des Sympathicus.

Nega (Breslau).

17. **H. Köbner.** **Xanthoma multiplex, entwickelt aus Naevis vasculo-pigmentosis.**

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888. Hft. 3.)

Der von K. publicirte Fall bietet in mehrfacher Beziehung interessante Eigenthümlichkeiten dar.

Die xanthomatösen Neubildungen zeigen in K.'s Falle eine ungewöhnliche Lokalisation, sie sitzen vorzugsweise an den Achselfalten und an den beiden Seiten des Thorax, einzelne auch am Halse und am rechten Oberschenkel; die Lieblingssitze des Xanthoms, speciell die Augenlider, sind hingegen ganz frei. Ferner imponiren die ungewöhnlich rothen Farbentöne der Geschwülste und ihre regelmäßige Anordnung. K. fand, dass sämmtliche Flecke und Tumoren in ihrer Vertheilung genau mit bestimmten Nervengebieten zusammenfielen.

Neben den Knötchen fanden sich flache, angiomenähnliche Flecke. Auch soll nach den Angaben der Angehörigen die Krankheit mit rothen Flecken in den Achselhöhlen begonnen haben, die sich allmählich zu flachen Geschwülsten erhoben. K. hat ein Hautstück, auf welchem sich 3 Flecken nebst 2 kleinsten Knötchen befanden, excidirt und giebt uns genaue histologische Details, welche uns die Xanthomknötchen als höhere Entwicklungsstufen der Naevi pigmentosi zeigen. Hierdurch glaubt K. zum ersten Mal den anatomischen Beweis gebracht zu haben für die Entstehung des Xanthoms aus kongenitalen, aus der embryonalen Zeit an den verschiedensten Stellen der Haut persistirenden Bindegewebszellen (Plasmazellen Waldeyer's).

Die Affektion hatte in der frühesten Kindheit begonnen, Ikterus und Diabetes waren nicht vorhanden

Schließlich zeigt der Fall ähnliche Eigenschaften, wie Simon's »vasomotorische und trophische Nervennaevi«.

Anhangsweise führt K. noch einen Fall von Xanthoma multiplex planum, tuberosum et mollusciforme pendulum an, in welchem er die Reichhaltigkeit anderer embryonaler, bindegewebiger Geschwulstanlagen (kleine Pigmentnaevi und Mollusken) die direkte Kombination und theilweise sichtbare Entstehung der Xanthome aus letzteren, die Heredität und eine seltene Form, welche einzelne xanthomatöse Neubildungen zeigten (pilzförmige gestielte Scheiben mit eingesprengten hellgelben Knötchen), besonders hervorhebt. Nega (Breslau).

18. **E. A. Neely.** **Keratosis follicularis, associated with an exaggerated tylosis of roles and palms.**

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1888. April.)

Der Pat. ist ein 16jähriger halb blödsinniger Negerknabe. Schon mit 3 Jahren zeigte er eine die ganze Plantarfläche beider Füße einnehmende Tylosis. Dieser Zustand verschlimmerte sich seither beständig und existirt jetzt in hohem Maßstabe, am markantesten an den Rändern, dort wo der Druck am geringsten ist. In der Mitte der Fußsohle, wo die verhornte Epidermis am dünnsten ist, ist sie reichlich einen halben Zoll dick. Die Fußsohlen sind von tiefen Spalten durchzogen und vollkommen gefühllos. Die einzige Unannehmlichkeit für den Pat. ist die Behinderung am Gehen.

Bald darauf verbeitete sich die Erkrankung über den Fußrücken und über die Beine und machte erst dicht über den Knien Halt. Indess zeigt sie an den Beinen ein wesentlich anderes Aussehen. Die Haut scheint mit einer grobkörnigen Bekleidung bedeckt zu sein, welche die Hautoberfläche um $^1/_4$—$^1/_3$ Zoll überragt und hier und da kleine knötchenförmige Erhabenheiten zeigt. Sie fühlt sich wie ein ungehobeltes Brett an, hart und rauh.

Mit vieler Mühe gelang es, die fest anhaftende Substanz abzukratzen und nun sah man die der Epidermis beraubte Haut mit zahlreichen weit klaffenden und das allgemeine Niveau überragenden Öffnungen von Talgdrüsen.

In den höher liegenden angrenzenden Hautpartien waren zwar schon zahlreiche Follikelgruppen erkrankt, jedoch waren die Herde noch nicht konfluirt. Die Talgdrüsenöffnungen prominirten über das Niveau der gesunden Haut und waren von

komedoähnlichen hervorragenden Pfröpfen erfüllt. Vor 3 Jahren wurden die Handflächen ebenfalls von Tylosis befallen, auch zeigen die Handrücken und Vorderarme beginnende Keratosis follicularis.

Die übrige Körperhaut ist im Zustande der Cutis anserina. Jucken ist nicht vorhanden.

Der Knabe entzog sich leider durch Flucht der weiteren Beobachtung.

Der Autor verweist auf einen ähnlichen von Morrow im vorigen Jahre publicirten Fall von »Keratosis follicularis mit Fissuren der Zunge und Leukoplakia buccalis«.

Nega (Breslau).

19. A. Trousseau. Des gommes de la conjunctive palpébrale.

(Annal. de dermat. et syph. vol. IX. No. 7.)

T. giebt, gestützt auf 2 Beobachtungen, eine ausführliche Schilderung der auf der Conjunctiva palpebrae lokalisirten Gummata. Beide Beobachtungen widersprechen der Annahme, dass Gummata an dieser Stelle erst der tertiären Periode angehören, es waren nämlich in dem 1. Falle nur 9, in dem 2. 12 Monate seit der Infektion verflossen. In beiden Fällen handelte es sich um schwere Syphilis.

Nega (Breslau).

20. Neelsen. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Ureteren.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. III. p. 279.)

Verf. berichtet über die Sektionsbefunde zweier primärer Ureterenerkrankungen, die in ihrer Art Unica darstellen.

I. Doppelte Ureteren der rechten Niere. Multiple Zottengeschwülste in dem einen derselben mit sekundärer halbseitiger Hydronephrose und hämorrhagischer Perinephritis.

Der früher gesunde 57jährige Pat. klagte zuerst etwa 14 Tage vor seinem Tode über ein Gefühl von Schwere in der rechten Seite, es wurde ein Tumor in abdomine konstatirt. Schon 5 Tage später stellte sich ein Collaps ein, der sich nach 9 Tagen wiederholte, mit gleichzeitig merklicher Zunahme der Geschwulst, und zum unmittelbaren Tode führte. Als Ursache dieser eigenthümlichen Erscheinung ergab die Sektion einen ausgedehnten Bluterguss zwischen Nierenrinde und Albuginea mit vollständiger Ablösung der letzteren. Die Niere hatte zwei vollständig von einander getrennte Becken mit zwei Ureteren, die sich erst in der Nähe der Blase mit einander vereinigten. In dem oberen Ureter, nahe dem Becken, und in dieses hineinragend, befanden sich polypöse Wucherungen von dem Charakter der Zottenpolypen, die je nach ihrer Gefäßfüllung ein mehr oder weniger großes Hindernis für den Urinabfluss erzeugten. Das obere Nierenbecken war dem entsprechend hydronephrotisch ausgedehnt, das untere war von normaler Beschaffenheit. Auch an der Mündung des Ureters in die Blase saßen einige kleine Zottenpolypen.

Der zweite Fall betrifft eine 47jährige Frau, welche seit 12 Jahren an unbestimmten Blasenbeschwerden litt und unter den Erscheinungen der chronischen Cystitis zu Grunde ging. Bei der Sektion fand sich eine trichterförmige Verlängerung des linken Ureters bis in die Harnröhre. Diese Verlängerung ist bedeutend erweitert und sie bewirkte, dass einestheils das Sekret der linken Niere unmittelbar nach außen befördert wurde, andererseits aber der Ausfluss aus der Blase behindert war. Beim Schluss des Sphincter vesicae war auch die Mündung des linken Ureters verschlossen und führte auch hier zu einer Harnstauung. Verf. erklärt sich diesen Befund aus einer Missbildung des Harnleiters, dessen unteres Ende nicht wie gewöhnlich unmittelbar in die Blase mündete, sondern in der Wand derselben weiter verlief und erst außerhalb des Sphincter mündete. An der rechten Niere befanden sich zudem zwei Ureteren.

Hansemann (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 23. Februar.** **1889.**

Beitrag zur Frage über die Wirkung des Ol. terebint. rect. beim idiopathischen Krup.

Von

Dr. **M. Lewentaner** in Konstantinopel.

Wenn ich mir wieder erlaube, über die Wirkung des oben genannten Mittels bei Krup zu berichten, so geschieht dieses nur in Folge des abermaligen überraschend günstigen Verlaufes und Ausganges zweier weiterer schwerer Krupfälle (s. meine früheren Fälle in diesem Centralbl. No. 3 und 13, Jahrg. 1887), die ich jüngst zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bei der Lektüre meiner (l. c.) mitgetheilten Krankengeschichten wird man sich, wie ich glaube, vielleicht des Eindruckes nicht erwehren können, dass ich es nicht mit echtem Krup und äußerst gefahrdrohender Lage der befallenen Kinder zu thun gehabt habe. Es fehlten in jenen Fällen die charakteristischen Krupmembranen, die auch möglicherweise expektorirt, aber übersehen wurden, welch letzterer Umstand auf manchen Leser meiner Mittheilung nicht genug überzeugend

gewirkt zu haben scheint[1]. Nun ist es wohl bekannt, dass gerade zu akuten Infektionskrankheiten und somit auch zu Masern — wie dies auch bei meinem (l. c.) Falle geschah — sekundärer Krup sich öfters hinzugesellt. Was dagegen den ersten (l. c.) mitgetheilten Fall betrifft, so sah man geradezu gelblich-weiße, inselförmig zerstreute fibrinöse Auflagerungen an den Tonsillen etc., die sich möglicherweise auch auf den Larynx fortgepflanzt und dort den Krup verursacht hatten.

Ich bin jetzt in der glücklichen Lage, über zwei fernere Fälle berichten zu können, bei welchen in Folge des abundanten Auswurfes von Krupmembranen — nach Verabreichung des Ol. terebint. — die Diagnose »Krup« über allen Zweifel erhaben war. Obschon ich die Kinder bereits am 8. resp. 7. Tage der Krankheit, im Stadium der höchsten Erstickungsnoth, in Behandlung bekam, so hatte doch bis dahin gar keine Membranenexpektoration stattgefunden.

Das Terpentinöl muss als reizendes und auf Schleimhäuten die Schleimabsonderung günstig beförderndes Mittel angesehen werden, wesshalb nach jedesmaligem Verabreichen desselben die Membranen und der zähe Schleim sich leichter verflüssigen oder in toto von ihrer Unterlage sich abheben und ausgehustet werden.

1. Fall: A. B., 2jähriger schlecht genährter Knabe, erkrankte im Mai an Husten, Heiserkeit mit stenotischen Erscheinungen etc. Nachdem die Krankheit einen bedrohlichen Charakter angenommen hatte, schickte man das Kind behufs Tracheotomie in ein von Ordensschwestern exploitirtes Spital. Der Zustand des Kindes gestaltete sich hier von Stunde zu Stunde drohender, ohne dass man die Tracheotomie unternahm.

Als ich noch am selben Abend, etwa am 7. Tage der Erkrankung, zu dem Kinde gerufen wurde, fand ich folgenden Status praesens: größte Erstickungsnoth, total aphonische Hustenstöße, bleiches livides Gesicht, Puls kaum fühlbar und auf der Brust gar kein charakteristischer Athmungstypus wahrnehmbar. Inspectio faucium: entzündliche Röthung des Rachens. Alle Erscheinungen deuteten auf eine hochgradige Larynxstenose und es drohte das asphyktische Stadium einzutreten. Ich administrirte sofort mit Beobachtung aller nöthigen Kautelen einen vollen Kaffeelöffel Ol. terebint. rect. und ließ mit Eis gefüllte resp. in Eiswasser getauchte Kompressen um den Hals schlagen.

Nachts beruhigte sich das Kind etwas und schlief einige Stunden hindurch. Als ich in der Frühe zur Visite kam, fand ich dasselbe noch schlafend. Da der Zustand mir jetzt bedeutend gebessert schien, so verabfolgte ich noch einen Kaffeelöffel voll von dem Ol. terebint. rect. Äußerer Umstände wegen konnte man hier keine desinficirende Zerstäubungen resp. Inhalationen unternehmen. Am anderen Morgen zeigten mir die Eltern, wie sie sagten, einen etwas »kurios aussehenden« Schleimklumpen. Bei der Suspendirung desselben in kaltem Wasser und nachherigem Aufwirbeln in Alkohol sah man $^1/_2$—1 cm lange weißlich graue Häute, untermengt mit anderen zahlreichen geronnenen Schleimpartikeln. Ich fand auch dieses Mal das Kind noch in seiner Wiege schlafend mit vollkommen ruhigem, aber etwas verschärftem sägenden Athem. Die Krupmembranen scheinen in diesem Falle entweder schon in der Trachea zerbröckelt worden zu sein oder wegen unpraktischer Aufbewahrung in dem trockenen Spucknapfe frühzeitig sich zersetzt und aufgelöst zu haben. Schließlich begnügte ich mich noch mit folgender Medikation:

Rp.: Ol. terebint. rect. 4,0
Ol. amygd. dulc. 10,0
Syrup. simpl. 20,0
Muc. gm. ar. 40,0
Vitel. ov. un. 15,0
Aq. Cinnam. 50,0
MDS. 2stündlich 1 Kaffeelöffel zu nehmen.

Das Kind nahm sichtlich zu, bekam guten Appetit und erholte sich vollständig, obschon ein leicht schlürfendes Athmen noch lange Zeit zurückblieb, was ich als Überbleibsel von Schwellung im Larynx resp. Trachea deutete.

---

[1] So der ungenannte Herr Ref. des Centralbl. f. d. ges. Therapie 1888.

2. Fall. Noch beweisender für die specifische Wirkung des Öls ist folgender Fall: Angelidi A., kräftig und gut genährt aussehender 4jähriger Knabe. Ich wurde am 7. December, nachdem er bereits ohne jeden Erfolg 8 Tage lang von anderen Ärzten behandelt wurde, gerufen.

Die Witterung war seit längerer Zeit regnerisch, feucht und durchdringend kalt. Es herrschte zu gleicher Zeit in der Vorstadt des Pat. eine kleine Krupepidemie und, wie ich später vernahm, erlagen alle Pat. ihrem Halsleiden. Ich fand das Kind blass, mit allen Kräften nach Luft ringend. Die Sternocleidomastoidei in beständiger strangartiger Spannung, Jugulum tief eingesunken. Temperatur anscheinend nicht gesteigert. Puls fadenförmig, kaum fühlbar und sehr beschleunigt. Auf der Brust gar kein besonderer Athmungstypus wahrnehmbar, nur ein unqualificirbares Sausen und Brummen. Dagegen ergab die Inspektion des Pharynx vollkommen normales Aussehen, ja derselbe zeigte ein noch blasseres Aussehen als normalerweise. Husten trocken und gänzlich aphonisch.

Ein voraufgehendes Unwohlsein wollten die Eltern des Kindes nicht bemerkt haben, als letzteres urplötzlich Nachts am 29. November mit einem Erstickungsanfall erwachte. Am 7. December verordnete ich sofort einen Kaffeelöffel Ol. ter. rect. und zum Zerstäuben resp. Inhaliren folgende Solution: Rp.: Ol. terebint., Tct. Eukal. glob., Acid. carbol. āā 4,0, Alcohol. 300,0, Aq. dest. ad 1000,0. MDS. Tag und Nacht ununterbrochen zu zerstäuben. Sofort nach Eingabe des Terpentinöls stellte sich ein heftiger Hustenreiz ein und nach einiger Zeit erfolgte die Expektoration massenhafter schleimig-eitriger Sputa, untermischt mit grauweißen Krupmembranen, die einen genauen Abguss der Trachea darstellten. Die Membranen, die ich aufbewahre, haben eine Länge von 7—9 cm. Da die Membranen, obschon leichter expektorirt, noch fortwährend sich bildeten, so wurde am folgenden Tag Morgens und Abends je ein Kaffeelöffel voll Ol. terebint. rect. gereicht. Das Kind athmet hierauf sehr gut, wird munter, nimmt Wein und Speisen zu sich, schläft — nur bei Hustenstößen aufwachend — die ganze Nacht hindurch. Am 9. December Morgens wurde noch ein vierter Kaffelöffel Ol. terebint. ohne jedweden Schaden gereicht. Ich erfuhr, dass das Kind in den ersten 3 Tagen nach der Terpentinverabreichung je alle 4 Stunden eine Membranexpektoration hatte, am 4. Tage zwei und am 5. nur noch eine. Von nun an wurden keine Membranen mehr ausgehustet und das Kind blieb vollkommen gesund. Nur Heiserkeit und Schmerzen in der Gegend der Trachea resp. Larynx blieben noch längere Zeit bestehen, worauf nach 4tägigem Gebrauch von Morphium und Bromkali im schleimigen Vehikel auch die letzten Nachwehen der Krankheit völlig verschwanden.

Ich bin fest überzeugt, dass nur der specifischen Wirkung des Terpentins die Rettung der Kinder zu verdanken sei. Wären in diesen beiden Fällen keine Krupmembranen zum Vorschein gekommen, so hätte man abermals an der Wirkung des Ol. Terebint. zweifeln können oder die Diagnose »Krup« würde eventuell erst nach dem in sicherer Aussicht stehenden Tode aufgeklärt worden sein.

---

1. M. Nencki und N. Sieber. Über das Hämatoporphyrin.

(Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXIV. Hft. 6. p. 430.)

Das Resultat früherer Untersuchungen war gewesen, dass die Hämoglobinkrystalle durch verdünnte Säuren und Alkalien unter Aufnahme von Sauerstoff und Wasser in einen Eiweißkörper, das Globin, und den farbigen Bestandtheil, das Hämatin, zerfallen. Bei der Spaltung des Hämoglobins durch Salzsäure in amylalkoholischer Lösung wurde der farbige Bestandtheil in Form der Teichmann'schen Krystalle erhalten. Diese enthielten Amylalkohol und hatten die Formel $(C_{32}H_{30}N_4FeO_3HCl)_4C_5H_{12}O$. Hämin oder Hämatin in koncentrirter Schwefelsäure gelöst verliert das Eisen und es entsteht ein

durch seine Absorptionsbänder im Spectrum ausgezeichneter Farbstoff, das Hämatoporphyrin.

In der vorliegenden Arbeit beschreiben N. und S. zunächst eine neue Methode zur Darstellung des Hämatoporphyrins, die Einwirkung von in Eisessig gelöstem Bromwasserstoff auf salzsaures Hämatin. Es gelingt ihnen mittels dieser zum ersten Male das Hämatoporphyrin als einen chemisch reinen, krystallisirten Körper zu gewinnen. Derselbe ist nach der Formel $C_{16}H_{18}N_2O_3$ zusammengesetzt. Es ist dem Bilirubin isomer.

Dieses Hämatoporphyrin ist verschieden von dem früher durch Schwefelsäure erhaltenen. Letzteres scheint das Anhydrid von ersterem zu sein. Beide Körper zeigen aber dasselbe Verhalten im Spectrum.

Eine Anzahl von Reaktionen weist auf die Ähnlichkeit zwischen Hämatoporphyrin und Bilirubin hin.

Durch Reduktion mit Zinn und Salzsäure erhält man aus dem Hämatoporphyrin einen Körper, welcher dieselben Absorptionsstreifen und in ammoniakalischer Chlorzinklösung die gleiche Fluorescenz wie das aus Gallenfarbstoff dargestellte Urobilin zeigt, aber doch nicht mit diesem identisch ist, indem, wie schon le Nobel bemerkt, das Urobilin aus Hämatoporphyrin sich an der Luft rasch oxydirt.

Hämatoporphyrin, dem Thierkörper einverleibt, wird zum kleinen Theil mit dem Harn unverändert ausgeschieden, zum größten Theil im Organismus zurückgehalten und vielleicht zur Hämoglobinbildung verwendet.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. **H. Pander.** Über die Wirkungen des Chroms. (Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat. Hft. II. p. 1. Herausg. von Prof. R. Kobert.)

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1888.

Das Chrom kommt pharmakologisch in 2 Formen in Betracht, 1) in der des Oxyds, 2) in der der Chromsäure. Als ein durch Alkalien, Schwefelalkali und Eiweißkörper unfällbares Salz fand P. das milchsaure Chromoxydnatrium als das Zweckmäßigste. Nach der ausführlichen Beschreibung verschiedener qualitativer Reaktionen und der quantitativen Bestimmungsmethoden bespricht P. zunächst die Wirkung der Chromoxydverbindungen, von denen die technisch wichtigste das Guignet'sche Grün, ein Hydrat des Chromoxydes von der Zusammensetzung $Cr_2O(OH)_4$ ist. Damit das Chromoxydhydrat wirklich ungiftig wird, d. h. unlöslich und unresorbirbar, muss es nach Viron erhitzt werden.

Bei den mit den organisch sauren Chromoxydsalzen angestellten Vergiftungsversuchen fehlten hervorstechende Vergiftungssymptome ganz; es handelte sich meist nur um eine zunehmende Kachexie, kombinirt mit den Erscheinungen einer chronischen Nephritis. Die Sektionsbefunde waren bei subkutaner Applikation die gleichen wie nach Eingabe in den Magen und fanden sich besonders wichtige am Verdauungstractus, den Nieren und am Blut. Am ganzen Magendarmkanal:

Injektion, Epithelnekrose bis zu krupösen und diphtheritischen Membranen, Ekchymosen, eventuell Ulcerationen der Solitärfollikel und Peyer'schen Plaques. Am Blut fällt schon makroskopisch die himbeerfarbene, an leukämisches Blut erinnernde Beschaffenheit auf. Am Herzen wurde einige Male Endocarditis und an den Gefäßen Hämorrhagien und Ekchymosen konstatirt. An den Nieren ließ sich in allen frischen Fällen Nephritis parenchymatosa nachweisen, welche bei längerer Vergiftungsdauer in die interstitielle Form überging.

Auf die Herzaktion oder den Blutdruck hat das Chrom als Chromoxydverbindung keinen irgend specifischen Einfluss, trotzdem einem kleineren Hunde 12,5 g Cr in die Vene injieirt worden war. Die nach Ausspülung des Blutes aus den Gefäßen auf ihren Chromgehalt untersuchten Organe waren alle mehr oder weniger chromhaltig, am stärksten die Leber, dann der Verdauungstractus; die Hauptmasse des injicirten Chroms (72%) war in den Harn übergegangen. Die Nieren sind der Hauptellminationsweg des Chroms.

Über die Chromsäurevergiftung sind die Angaben in der Litteratur sehr viel zahlreicher wie über die Chromoxydwirkung. P. fand beim Frosch die chromsauren Salze 8mal giftiger als die Chromoxyddoppelsalze, beim Warmblüter aber 100mal giftiger. Die Symptome glichen der Art nach denen bei der Chromoxydvergiftung, nur waren sie viel intensiver. Die Chromate waren ebenfalls ohne wesentlichen Einfluss auf das Blutgefäßsystem; bei der Sektion dagegen fanden sich Endocarditis und am Peri- und Endocardium zahlreiche Hämorrhagien. Im Magen und Dünndarm Hyperämie, Hämorrhagien und Ekchymosen. Im Inhalte des Magens und Darmes konnte direkt Chromsäure nachgewiesen werden. Bei der Nephritis nach Chromatvergiftung spielt, wie schon Kabierske nachgewiesen hat, die Coagulationsnekrose eine Hauptrolle. Die Chromvergiftung unterscheidet sich von der mit Mangan dadurch scharf, dass die Hauptmenge des Chroms durch die Niere ausgeschieden wird, das Mangan dagegen, wie J. Cahn nachgewiesen hat, durch den Darm. Über die Chromatvergiftung am Menschen stellt P. in langen Tabellen alle Fälle zusammen, deren er in der Litteratur habhaft werden konnte.

In seiner Wirkung auf den Verdauungstractus und die Nieren schließt sich das Chrom dem Arsen, Antimon, Kobalt, Platin etc. an und steht auch dem Quecksilber nicht fern. Es hat mit allen genannten Metallen und Metalloiden die Entzündung des Magendarmkanals, verbunden mit Hämorrhagien, die Nephritis und die Resorbirbarkeit bei Applikation per os gemeinsam. Von allen Metallen ist nur das Silber in Gestalt seiner Oxydsalze eben so schwach giftig, als das Chrom in Form des Oxydes. Die chromsauren Salze gehören ganz im Gegensatz dazu zu den giftigsten Metallverbindungen; da Vergiftungen mit diesen Salzen (auch mit dem Bleichromat) durchaus nicht so selten sind, befürwortet P. die völlige Ausschließung derselben aus dem Detailhandel. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

3. **Gamaléia** (Odessa). Sur l'étiologie de la pneumonie fibrineuse chez l'homme.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1888. No. 8. August 25.)

Eine namentlich in ihrem zweiten Theile bedeutsame Arbeit, mit der, die Exaktheit der Versuche vorausgesetzt, wohl auch die letzten Zweifel an der ätiologischen Bedeutung des (A. Fraenkelschen) Pneumoniecoccus — den G. als Streptococcus lanceolatus Pasteuri zu bezeichnen vorschlägt —, so wie an der Unicität des Erregers der echten fibrinösen Pneumonie als beseitigt gelten können.

Gegen die ätiologische Bedeutung des Pneumoniecoccus waren bisher noch folgende Einwände möglich:

1) Der Pneumoniecoccus konnte nicht in allen Fällen von fibrinöser Pneumonie nachgewiesen werden.

2) In einer gewissen Zahl von Fällen (aber sehr selten! Ref.) fand man einen anderen Mikroorganismus, das Friedländer'sche Bacterium (was u. A. Weichselbaum veranlasste, an eine Multiplicität des Pneumonieerregers zu denken). Mit diesem gelang es, Lungenhepatisationen hervorzurufen, während

3) der Pneumoniecoccus bei den Versuchsthieren nur eine akute Septikämie, keine Pneumonie[1] erzeugte.

4) Der Pneumoniecoccus findet sich auch in dem Mundspeichel Gesunder.

G. bespricht diese verschiedenen Punkte und widerlegt die aus ihnen sich ergebenden Einwände an der Hand eigener Versuche:

Ad 1) Der Nachweis der Pneumoniekokken im Lungensafte gelingt in jedem Falle, wenn man sich nicht darauf beschränkt, Agarkulturen anzulegen, sondern wenn man vor allen Dingen an das Thierexperiment appellirt. Bei 12 Pneumoniesektionen konnte G. nur selten[2] den Nachweis durch Agarkulturen, in jedem Falle aber durch die Injektion des Lungensaftes bei Mäusen, welche die charakteristische Septikämie mit reichlichstem Gehalte des Blutes an Pneumokokken ergab, führen[3]. G. legt Werth darauf, dass diese Versuche an Mäusen (grauen oder weißen) gemacht werden, da diese die für die Pneumokokkeninfektion empfänglichste Thiergattung darstellen und er gelegentlich bei Sputumimpfungen ein negatives Resultat selbst beim Kaninchen und trotzdem ein positives bei der Maus erhielt. Übrigens konnte G. in jedem der 12 Fälle auch mikroskopisch die Kokken in den erkrankten Lungen nachweisen.

Ad 2) Der Friedländer'sche Organismus, der im normalen Speichel vorkommen kann, wandert wahrscheinlich sekundär in die erkrankte oder todte Lunge ein. Die Fähigkeit, bei Injektion in die Lunge Hepatisationen zu erzeugen, kommt auch anderen Mikroorganismen, z. B. den Bakterien der Hühnercholera (bei Hühnern und Raben), den Milzbrandbacillen (beim Hunde) zu.

Ad 3) Der Pneumoniecoccus erzeugt — bei Lungeninjektion — typische fibrinöse Pneumonie, freilich nicht bei Maus und Kaninchen, aber beim Hunde und beim Hammel[4]. Man kann eine Stufenfolge der Resistenz gegenüber dem Pneumoniecoccus aufstellen, welche von der absolut refraktären Taube über Hund, Hammel, Ratte, Ziesel, Katze zu dem sehr empfänglichen Kaninchen und Maus geht. Je weniger empfänglich ein Thier ist,

[1] Auch die von A. Fraenkel bei Benutzung abgeschwächter Kulturen erhaltenen Lungenherde konnte man als typische Pneumonien nicht bezeichnen.

[2] Da die Leichen erst spät zur Sektion kamen.

[3] In gleicher Weise untersuchte Goldenberg das Sputum von 40 Fällen von Pneumonie, jedes Mal mit positivem Erfolge.

[4] Die hierher gehörigen Versuche wurden mit Pneumoniekokken angestellt, welche durch successive Passage beim Kaninchen in ihrer Virulenz verstärkt waren, und zwar sowohl mit kokkenhaltigem Blute, wie mit Reinkulturen in mit Eiereiweiß versetzter Hühnerbouillon.

desto größere Dosen braucht man zur tödlichen Infektion. Bei den stark empfänglichen Thieren (Kaninchen und besonders Maus) verläuft die Infektion mit ganz geringen lokalen Symptomen unter dem Bilde einer akuten Septikämie, je weniger empfänglich die Thiergattung ist, desto mehr stellen sich lokale Symptome ein — fibrinöse Ödeme bei subkutaner Injektion, Lungenhepatisationen mit serofibrinöser Pleuritis und Pericarditis bis zu typischer lobärer Pneumonie (Hund, Hammel) bei Lungeninjektion[5]. »Die Pneumonie ist dem entsprechend nicht eine Allgemeininfektion, die sich in der Lunge als Prädilektionsstelle lokalisirt, sondern die lokale Reaktion an der Stelle der Inoculation des Virus« und »der Mensch gehört gegenüber dem Pneumoniecoccus zur Kategorie der wenig empfänglichen Thiere«.

Ad 4) Das Vorkommen des Pneumoniecoccus im Mundspeichel Gesunder — das G. bestätigen kann[6] und woraus er mit Recht folgert, dass seine Anwesenheit im Sputum für die Diagnose der Pneumonie nicht verwerthet werden kann — spricht nicht gegen seine ätiologische Beziehung zur Pneumonie.

Ähnliche Verhältnisse, d. h. dass der betreffende pathogene Mikroorganismus im Inneren des Körpers verweilen kann, ohne die Krankheit erzeugen zu müssen, fand Pasteur bei den Mikroben der Flâcherie (der Erkrankung der Seidenwürmer), beim Bacillus des malignen Ödem, G. selbst bei den Bakterien der Hühnercholera. Auch den Pneumoniecoccus konnte G. beim Hammel in die Trachea injiciren, ohne dass, wie bei Thoraxinjektionen regelmäßig, eine letale Pneumonie eintrat, während bei empfänglichen Thieren (Kaninchen und Maus) schon die Inhalation von Pneumoniekokken zum Tode führte. Offenbar findet bei wenig empfänglichen Thieren (Mensch, Hund, Hammel) der Pneumoniecoccus in der Regel Bedingungen, welche sich seiner pathogenen Wirkung entgegensetzen. G. glaubt nach seinen Untersuchungen in erster Reihe dafür den Phagocytismus in Anspruch nehmen zu müssen[7] —, wobei unter Umständen

---

[5] Dies stimmt sehr gut mit den von A. Fraenkel gefundenen Thatsachen überein, der beim Kaninchen Lungen- und Pleurasymptome bei Benutzung abgeschwächter Pneumoniekokken eintreten sah, denen gegenüber die Resistenz der Kaninchen offenbar im geraden Verhältnis zur Abschwächung zunehmen musste. Ref.

[6] Goldenberg fand den Pneumoniecoccus mittels des Thierexperimentes in mehr als der Hälfte der untersuchten normalen Mundspeichel.

[7] G. theilt diesbezüglich den folgenden Versuch mit: 3 Hammel erhielten eine intratracheale Injektion von Pneumoniekokken. Der erste wird nach 10 Stunden getödtet; Sektion ergiebt hyperämische Stellen in den Lungen, mikroskopisch an diesen Stellen Infiltration mit Leukocyten, die Haufen von Pneumoniekokken enthielten, freie Pneumoniekokken verhältnismäßig selten. Pneumoniekokken in der Milz und in »verdautem Zustande« in Leber und Nieren. Der zweite Hammel wird 30 Stunden nach der Injektion getödtet. Sektion ergiebt Katarrh der Bronchien und vereinzelte Lungenhyperämien. Mikroskopisch: keine Pneumoniekokken in den Lungen, aber reichlich in dem Bronchialschleim; vereinzelte Pneumoniekokken in den Makrophagen der Milz, reichliche zerfallene Mikroben (»Débris de microbes«) in Leber und Nieren. G. folgert, dass die Mikroben in der

minimale »prädisponirende« Ursachen (Erkältung, Bronchitis, Fall, Kontusion, Einathmung reizender Dämpfe) genügen, um den Kampf zu Gunsten der Pneumoniekokken zu entscheiden, d. h. die Pneumonie zum Ausbruch zu bringen. In der That konnte G. dieser Anschauung durch den folgenden Versuch eine wesentliche Stütze geben.

6 Hammel erhielten eine Trachealinjektion von Tartarus stibiatus; 4 davon erhielten darauf eine Trachealinjektion von Pneumoniekokken, die anderen beiden blieben als Kontrollthiere. Von jenen 4 Thieren starb eins am folgenden Tage mit rother Hepatisation an mehreren Stellen der Lunge, eins machte nach der Fieberkurve eine typische Pneumonie durch, zwei zeigten deutliche Fieberbewegungen; die Kontrollthiere blieben (eben so wie die früher erwähnten nur mit Pneumoniekokken in die Trachea injicirten Hammel) vollständig gesund[8]. G. nimmt an, dass der Tartarus stibiatus die Makrophagen der Lunge tödtete und den Pneumoniekokken so das Eindringen in das Lungengewebe ermöglichte.

Schlussfolgerungen: »Der Streptococcus lanceolatus Pasteur's findet sich konstant bei der fibrinösen Pneumonie des Menschen und kann experimentell nachgewiesen werden.

Dieser Streptococcus erzeugt bei partiell refraktären Thieren eine fibrinöse Entzündung der Lunge.

Eine pathogene Einwirkung wird beim gesunden Menschen durch die Thätigkeit der Lungenphagocyten in Schach gehalten.«

A. Freudenberg (Berlin).

---

4. **Voltolini.** Die Durchleuchtung des Kehlkopfes etc.

(Verhandlungen der med. Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterl. Kultur.) (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1888. No. 22.)

V. durchleuchtet den Kehlkopf in folgender Weise:

Eine gute Tauchbatterie wird mit einer Edison'schen Glühlampe (Glasbirne) in Verbindung gebracht, dazwischen ist ein Rheostat eingeschaltet, um die Intensität des Lichtes allmählich zu steigern, vor der Lampe ist eine mit Wasser gefüllte Glaskugel angebracht, um die Haut vor der Hitze zu schützen. Wird nun diese Lampe im

---

Lunge eine Hyperämie und Zuströmen der Phagocyten veranlassten, welche die Pneumoniekokken vernichteten, während einige Mikroben ins Blut übergingen und in der gewöhnlichen Weise eliminirt wurden. Aber in dem Bronchialschleim bleiben die Mikroben am Leben und können, wenn jetzt günstige Bedingungen eintreten, zur Pneumonie führen. Das geschah nach G. beim dritten Hammel, der, nachdem er bei dem obigen Versuche gesund geblieben, zu einer intraoculären Rabiesimpfung benutzt wurde und, 3½ Wochen nach der Pneumoniekokkeninjektion, verendete. Sektion ergab typische fibrinöse Pneumonie der ganzen linken Lunge und des rechten Oberlappens mit fibrinöser Pleuritis, Pneumoniekokken in der Lunge und besonders zahlreich in den fibrinösen Schwarten!, viel weniger in Milz und Leber.

In gleicher Weise will G. in einem Falle beim Menschen, der nach Überstehen einer Pneumonie eine chronische Bronchitis mit reichlichem Gehalte des Sputum an virulenten Pneumoniekokken zurückbehalten, in dem Sputum die Pneumoniekokken in den verschiedenen Stadien der Zersetzung innerhalb der Leukocyten und besonders innerhalb der Endothelialzellen (Makrophagen) nachgewiesen haben.

[8] Diese Versuche müssten freilich, um ganz beweisend zu sein, in größerem Umfange wiederholt werden. Ref.

dunklen Zimmer außen an den Hals in der Kehlkopfgegend angesetzt und der Kehlkopfspiegel in der gewöhnlichen Weise in den dunkeln Rachen eingeführt, so sieht man (wie Vortr. demonstrirte) den ganzen Kehlkopf, Anfang der Trachea rosig durchscheinen. Führt man eine entsprechend große Edison'sche Lampe in den geschlossenen Mund, so wird das ganze Gesicht: Nase, Gesichtsknochen, Kieferhöhle durchleuchtet.

Die Durchleuchtung des Kehlkopfes gelingt besonders gut bei dünner Haut (Kinder, Frauen), aber selbst eine mäßige Struma ist kein absolutes Hindernis. Bei starker Hypertrophie der Mandeln übersieht man mittels der Durchleuchtung den Kehlkopf besser als beim gewöhnlichen Laryngoskopiren, wo nur wenig Licht in die Tiefe gelangen kann.

V. glaubt durch die von ihm ausgebildete Durchleuchtung ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel hergestellt zu haben, um z. B. im Kehlkopf gewisse im Inneren des Gewebes befindliche Veränderungen (bei bösartigen Neubildungen etc.) zu erkennen, die der gewöhnlichen laryngoskopischen Untersuchung entgehen.

Kayser (Breslau).

---

5. **v. Dusch.** Über die Folgen der Herzklappenfehler für den Kreislauf und deren Kompensation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 34.)

In dem vorliegenden Aufsatze wendet sich v. D. gegen die von Riegel in jüngster Zeit »zur Lehre von den Herzklappenfehlern« gebrachten Ausführungen. Er kommt im Gegensatz zu Riegel's Betrachtungen zu dem Schluss: dass jeder Klappenfehler, gleichviel ob Insufficienz oder Stenose, mag er seinen Sitz an der venösen oder arteriellen Klappe haben, von Anfang an principiell den Kreislauf schädigt, indem er die Arbeitsleistung für den letzteren herabmindert und eine veränderte Blutvertheilung im Gefäßsystem zur Folge hat. Es werden für die veränderte Blutvertheilung Formeln aufgestellt und diese für die verschiedenen Klappenfehler des linken Herzens verglichen; aus den hierauf bezüglichen Ausführungen ergeben sich die Schlussfolgerungen: dass kein Herzklappenfehler am linken Herzen kompensirt werden könne, ohne eine vorübergehende oder dauernde Mithilfe des rechten Herzens; ersteres ist der Fall bei den Fehlern an dem arteriellen Ostium, letzteres bei den Fehlern am venösen. Bei diesen erfolgt die Kompensation nur für den großen Kreislauf auf Kosten einer erhöhten Spannung im Lungenkreislaufe, bei jenen kann aber eine Wiederherstellung der normalen Kreislaufverhältnisse in allen Abschnitten des Gefäßsystems durch vermehrte Arbeitsleistung des linken Ventrikels allein erfolgen. Aus diesem Grunde gestalten sich die Fehler am arteriellen Ostium prognostisch günstiger als diejenigen am venösen Ostium, am arteriellen gewährt die Stenose, am venösen die Insufficienz die günstigere Prognose.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

6. **Lannelongue** (Paris). Ein Fall von Ektocardie.

(Vortrag in der Académie des Sciences de Paris.)
(Wiener med. Blätter 1888. No. 27. p. 841 ff.)

Dieser Fall von Ektocardie, welcher bei einem 6 Tage alten Kinde zur Beobachtung kam und welches durch eine einfache, sinnreiche Operation durch L. am Leben blieb, bestätigte, für uns interessant, dass bei Berührung des nackt vorliegenden Herzens der aufgelegte Finger im Momente der Kontraktion zurückgestoßen wird und dass der Herzstoß nicht bloß auf die Herzspitze beschränkt ist, sondern über die ganze Ausdehnung der Ventrikel ausgebreitet ist. Die graphischen Aufzeichnungen der Herzbewegungen dieses Falles zeigen, dass die cardiographischen Kurven sehr deutlich durch die Respirationskurve beeinflusst wurden; das Herz selbst war gesund. Der Defekt bestand in dem Ausfall desjenigen Stückes des Brustbeines, welches zwischen den Schlüsselbeinen liegt, so dass ein 3 cm breiter Spalt zu Stande kam. **Prior** (Bonn).

7. **P. Spillmann et Haushalter.** Du traitement des abscès du poumon consécutifs à la pneumonie franché.

(Revue de méd. 1888. No. 8. August 10.)

Das Wesentliche dieser mehr chirurgischen Betrachtung, die im Anschluss an frühere Publikationen und an einem selbst beobachteten Fall angestellt ist, besteht in der Indikationsstellung der Pneumotomie. So nutzbringend die Eröffnung des Lungenabscesses nach genauer Erkenntnis des Wesens und des Sitzes der Erkrankung nach Ablauf der den Abscess bedingenden Pneumonie ist, so sehr warnen Verff. vor der Pneumotomie, so lange die Pneumonie selbst besteht. Vor der Eröffnung des Abscesses empfehlen sie, die Verwachsung der Pleurablätter, wenn dieselbe nicht bereits vorhanden, künstlich hervorzurufen; von den Operationsmethoden weisen sie die englische zurück, und schließen sich dem Vorgange von Cérenville und Runeberg an (Rippenresektion, Bahnung des Weges zum Abscess mit Hilfe des Thermokauters, Drainage, Anwendung trockener Antiseptica). **Rönick** (Berlin).

8. **Openchowski.** Lungenabscess, Gangrän, Pneumotomie. Heilung. (Aus der Dorpater Hospitalklinik.)

(Wratsch 1888. No. 38.)

Ein 30jähriger Bauer bekam im April 1886 Fieber und Schmerzen in der rechten Brust. 3 Wochen nach Beginn bei einem Bade Auswurf von einem Glas voll Eiter. Unter fortdauernder Verschlechterung kam er am 20. August auf die klinische Abtheilung des Dorpater Hospitals. Elendes Individuum, Fieber, linke Lunge gesund, rechts vollständige Dämpfung unterhalb der 3. Rippe zwischen Mamillar- und Scapularlinie, lautes bronchiales Athmen, verstärkter Stimmfremitus. Im Auswurf keine elastische Fasern, keine Bacillen. Später wurde das Bronchialathmen stark amphorisch, lauter tympanitischer Perkussionsschall, Bronchophonie mit Metallklang, Zeichen einer freibeweglichen Flüssigkeit, elastische Fasern, keine Tuberkelbacillen im Auswurf. So wurde am 20. September die Operation von W. Koch ausgeführt. Excision eines ca. 10 cm langen Stückes aus der 5. und 6. Rippe, die Pleura war obliterirt, mit dem Thermokauter wurde in die Lunge eingegangen und in ca. 3 cm Tiefe eine Eiterhöhle eröffnet. Sie war von Faustgröße und enthielt dicke Schichten gangränöser Fetzen. Die Wand war theils die einer einfachen Abscesshöhle, theils gangränös. Die Höhle wurde gereinigt, Drain, antiseptischer Verband. Temperatur am 21. September Morgens 39,0, Abends 39,5; am 22. September Morgens 38,6, Abends 39,4; am 23. September Morgens 38,0, Abends 38,0; am 24. Morgens 37,3, Abends 38,3, seitdem normal. Die ersten 10 Tage wurde 2mal täglich, später 1mal täglich mit Kali hypermang. ausgespült. Am 26. Oktober Entfernung des Drains, am 8. December Entlassung. Nach $1^1/_2$ Jahren sehr gutes Befinden, die Narbe bildet eine tiefe Einziehung, die Wirbelsäule ist etwas nach rechts gekrümmt. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

9. **Dochmann** (Kasan). **Behandlung der Phthise mit Kalomel.**
(Therapeutische Monatshefte 1888. September. p. 415.)

D. empfiehlt das noch im ersten Viertel dieses Jahrhunderts gegen Lungen- und Larynxphthise vielfach (u. A. von Trousseau) angewendete Quecksilber in Form von Kalomelpillen zur Behandlung der Phthise, namentlich im 1. und 2. Stadium. Er will davon ausgezeichneten Erfolg gesehen haben, die Wirkung soll sich in Steigerung des Appetits, Verringerung resp. Aufhören des Hustens, Fiebers, der Nachtschweiße, eventuell auch Verschwinden der Durchfälle gleichmäßig äußern. Zwei Fälle werden angeführt (bei denen aber anscheinend der Tuberkelbacillennachweis fehlt, Ref.), das Genauere will Verf. in russischer Sprache mittheilen. Er verschreibt:

Calomelan. via humid. parat. 0,72
Pepsin 3,75
Tinct. opii simpl. gutt. XXX
Extr. Phelandri q. s. ut f. pil. 60,

oder (bei Hämoptoe):

Calomelan. etc. 0,72
Pepsin 3,75
Ergotin. Bonjean 0,09
Extr. liq. q. s. pil. 60,

oder:

Calomelan. 0,72
Pepsin 3,75
Extr. hyoscyam. 0,36—0,6
Extr. Phelandri q. s. pil. 60.

Davon erhält der Pat. am 1. Tage 12 Pillen pro die, am 2. 10, am 3. 8, am 4. und während der übrigen Zeit der Behandlung (1—2 Monate) 6 Pillen. Nach 5—6 Tagen des Kalomelgebrauchs wird immer eine Pause von 2—3 Tagen gemacht. Bei Steigerung des Fiebers wird eventuell eine stärkere Dosis verabreicht (12—14 Pillen pro die).

Das Pepsin setzt D. seinen Pillen zu, weil Torsellini (vid. d. Centralblatt 1886 p. 677) nachgewiesen, dass dadurch die Löslichkeit des Kalomels (bei Säuregegenwart) beträchtlich erhöht wird. **A. Freudenberg** (Berlin).

10. **Riedel.** **Über den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens und seine pathognostische Bedeutung für die Erkrankungen der Gallenblase nebst Bemerkungen über Gallensteinoperationen.**
(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 29 u. 30.)

In 7 Fällen, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, erschwerte ein zungenförmiger Fortsatz des rechten Leberlappens die Diagnose, unter diesen Fällen hatten 4 neben dem Leberfortsatze eine deutliche palpable Gallenblasengeschwulst, 2 zeigten nur den Leberfortsatz, keine weitere Gallenblasengeschwulst und im 7. Falle hatte sich ein Fortsatz gebildet durch Verwachsung einer anderweitigen Geschwulst (cystisch degenerirte Niere) mit der Leber. Diese Fortsätze können recht wohl zu Anfang durch Schnürung (mit nachfolgender Schnürung der Gallenblase und eventuell Steinbildung) entstehen; dass aber in späterer Zeit die weitere Vergrößerung des Fortsatzes durch andere Momente bedingt wird, geht daraus hervor, dass der Fortsatz nach Entleerung der Gallenblase wieder einschrumpft und weiterhin aus dem oben angeführten Fall von Nierengeschwulst.

Für die Operation der Gallensteine empfiehlt R. aufs dringendste die zweizeitige Operation. **Seifert** (Würzburg).

11. **Pasternaski.** **Über den Einfluss der Behandlung des Typhus mit temperaturherabsetzenden Mitteln.**
(Wratsch 1888. No. 32.)

Mit Rücksicht auf diese neuestens vielfach interessirende Frage hat P. die Typhusfälle der Klinik von Tschudnowski von 1879—1887 incl. gesammelt und folgende Tabelle aufgestellt:

Behandlung	Zahl	Todesfälle		Rückfälle	
		Zahl	%	Zahl	%
Hygienisch	53	—	—	—	—
Kalomel	39	3	7,7	1	2,5
Verschiedene Medikamente	43	10	23,2	—	—
Natron salicyl.	15	2	13,3	1	6,8
Chinin	42	7	16,6	2	4,7
Kairin, Antipyrin, Antifebrin, Tallin	29	2	6,89	9	31,0

Dabei ist zu bemerken, dass die Fälle der ersten und zum Theil der zweiten Gruppe auch die leichtesten waren, wo keine heftigeren Symptome zu Eingriffen aufforderten; die der dritten die schwersten, zum Theil verzweifelten. Die Hauptzahl der Recidive fand sich in den Jahren 1884—1886 (nämlich 10), während welcher gerade die Versuche mit den neu entdeckten Fiebermitteln stattfanden. Im Jahre 1887 erhielten von 35 nur 5 dergleichen (wesentlich Antifebrin). In diesem Jahre kein Rückfall. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

12. **Prior.** Beitrag zur Lehre von dem Wesen der paroxysmalen Hämoglobinurie.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 30—33.)

P. konnte monatelang einen 43jährigen Mann beobachten und behandeln, der in deutlichster Weise das Bild der Lichtheim'schen paroxysmalen Hämoglobinurie darbot. Es wurden bei ihm 12 Anfälle von Hämoglobinausscheidung beobachtet, von denen 8 mit einem deutlichen Schüttelfrost, 1 mit merkbarem Frösteln, 3 in ungewissen Vorboten sich anzeigten. Als Gelegenheitsursachen kamen in Betracht: Kälteeinwirkung, anstrengende Körperbewegung, diese und Durchnässung, 3mal war die Gelegenheitsursache nicht zu eruiren. In 10 Anfällen konnte eine Temperaturerhöhung (39—40,2) konstatirt werden, 2mal trat die Hämoglobinurie ohne Temperatursteigerung auf. In allen Anfällen war die Reaktion des Urins sauer. In 8 Fällen war nur Methämoglobin nachweisbar, in 2 Fällen Methämoglobin und Oxyhämoglobin, in 2 Fällen Oxyhämoglobin allein. Die Hämoglobinausscheidung fiel in der Regel in den Zeitpunkt, wenn die Temperatur ihr Maximum erreicht hatte, die Ausscheidungsdauer war verschieden lang, im Allgemeinen ergab sich eine um so intensivere und länger dauernde Hämoglobinausscheidung, je heftiger der Schüttelfrost war, je höher die Temperatur stieg und je länger sie auf ihrem Maximum beharrte.

Betreffs der Eiweißausscheidung konnten 3 Gruppen unterschieden werden: 1) Eiweißausscheidung ohne Hämoglobinentleerung (rudimentäre Formen), 2) Eiweißausscheidung, die Hämoglobinentleerung einleitend, 3) Eiweißausscheidung, die Hämoglobinentleerung überdauernd.

In den anfallsfreien Zeiten war die Harnmenge normal, bot weder chemisch noch mikroskopisch Abweichungen von der Norm dar, es konnte daher mit Gewissheit eine Schädigung der Niere ausgeschlossen werden.

Das specifische Gewicht des Harns schwankte zwischen 1012 und 1021.

In der Hälfte der Beobachtungen waren Milz und Leber gleichzeitig schmerzhaft, ohne für die Perkussion nachweisbar vergrößert zu sein, dagegen ließ sich eine Konsistenzzunahme der Leber konstatiren, Ikterus trat 2mal auf.

Die Zahl der Herzkontraktionen erwies sich auffallend groß (140—150), die Pulswelle sehr klein, die Respirationsfrequenz vermehrt. **Seifert** (Würzburg).

13. **Puschkareff.** Zur pathologischen Anatomie der Febris recurrens.

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. p. 421.)

Verf. hatte Gelegenheit, die im Jahre 1885—1886 in Petersburg herrschende Recurrensepidemie am Alexander-Barackenhospital zu beobachten. Es kamen im Ganzen 794 Fälle zur Beobachtung, die ausschließlich der ärmeren Klasse angehörten und zum großen Theil in Nachtasylen zubrachten. Der jüngste Pat. war ein 5jähriger Knabe, der älteste eine 76jährige Frau. 73% waren Männer, 27% waren

Frauen, die größten Erkrankungszahlen kamen vor in den Wintermonaten 1885 bis 1886, am höchsten im März 1886, nämlich 135. Die Sterblichkeit betrug circa 6%. Die häufigste Todesursache bildete die Pneumonia fibrinosa (18mal), dann die Degeneratio cordis adiposa (13mal), Peritonitis purulenta (4mal), Meningitis haemorrhagica, Pneumonia caseosa, Dysenteria (je 2mal), Meningitis purulenta, Haemorrhagia sub dura matre, Tuberculosis pulm. et intest., Enteritis follicul. ulcerosa, Uraemia, Abscessus lienis (je 1mal). Auf die histologischen Verhältnisse hin wurden 30 Leichen untersucht und zwar von diesen die Milz, Leber, Nieren, Herz (Muskulatur und Nervenganglien), Knochenmark und Gehirn.

Im Allgemeinen fand Verf., dass die Organe, so wie das die Blutgefäße auskleidende Endothel parenchymatös entartet sind. Diese Entartung geht indessen in den meisten Fällen nur so weit, dass eine vollständige Restitutio ad integrum möglich erscheint. Nur an der Herzmuskulatur, in der Leber und in den Nieren steigern sich zuweilen diese Zustände bis zur ausgedehnten fettigen Entartung. Die Entwicklung von Narbengewebe aus Infarkten in der Milz bildet natürlich einen dauernden Zustand. Die Befunde an diesem letzten Organ sind bei Weitem die interessantesten, sie bestehen:

1) in einer Anhäufung von runden Zellen in den Malpighi'schen Körperchen und auch herdweise in der Pulpa;

2) entsprechend jedem einzelnen Anfalle treten frische Erkrankungsherde auf, während die älteren Herde gewisse regressive Veränderungen eingehen;

3) es lässt sich durch das Mikroskop bestimmen, ob der Tod nach einem oder mehreren Anfällen erfolgte; bei einem Anfalle wiederum, ob der Tod während der Krisis oder in der Apyrexie stattfand, wenn letztere nicht mehr als 5 Tage dauerte;

4) die makroskopisch sichtbaren Infarkte sind der Ausdruck einer Venenthrombose und deren Folgen. **Hansemann** (Berlin).

14. Lewin. Über den Phosphorsäureumsatz bei Zuckerharnruhr.

(Wratsch 1888. No. 33—36.)

Hierüber liegen sehr verschiedene Angaben vor, Zülzer fand seine Verhältnisszahl beim Diabetiker erniedrigt (14 statt 17). Teissier fand mehrfach das Gegentheil. Verf. bestimmte daher bei einem Diabetiker die gesammte P_2O_5 der Aufnahme und Abgabe, eben so den N. Letzteren nach Kjeldahl-Borodin, ersteren durch Titrirung mit essigsaurem Uranoxyd, mit Berücksichtigung etwaiger Eisenniederschläge nach Politis (Zeitschrift für Biologie Bd. XX), so wie der verschiedenen Koncentrationen der zu untersuchenden Flüssigkeiten nach Haswell und Brookmann. Der Kranke hatte nur eine sehr geringe Zuckerausscheidung zur Zeit der Beobachtung, war aber schon kachektisch, lebte sehr ruhig und gleichmäßig, brauchte keine Medikamente. Die Bestimmung wurde an 10 Tagen gemacht, die zweiten 5 Tage wurde regelmäßig warm gebadet, die ersten nicht. Es fand sich:

N aufgenommen[1]	N im Urin	P_2O_5 aufgenommen[1]	P_2O_5 im Urin
16,44	18,21	3,92	3,12
21,32	16,21	5,24	2,77
19,67	23,04	5,57	4,31
24,06	14,91	4,83	3,22
22,31	18,64	5,30	3,63
20,67	18,17	4,84	4,16
24,67	14,98	4,47	2,34
27,05	26,12	3,88	3,49
27,06	21,99	3,51	3,24
13,48	22,50	1,33	3,41

Es zeigt sich, wie unzulässig es ist, aus 1tägigen Beobachtungen und ohne Berücksichtigung von Nahrung und Koth aus dem Urin allein Schlüsse zu ziehen.

[1] Dies ist die Differenz zwischen dem Gehalt in der Nahrung und in den Fäces.

Ganz allgemein war bei Pat. die P_2O_5-Ausgabe abnorm groß. Das Zülzer'sche Verhältnis $\frac{100 \times P_2O_5}{N}$ ist normal. Da aber Pat. 89,86% des aufgenommenen N wieder im Urin ausgab und nur 78,36% P_2O_5, so ist das eine erhebliche Erniedrigung, da beim Gesunden sich die letztere Procentzahl auch um 89 findet (Untersuchungen von Raspopof und Kruteski, Diss., Petersburg, 1886).

F. A. Hoffmann (Leipzig).

15. **Wl. Bieganski.** Über die diuretische Wirkung der Quecksilberpräparate.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII.)

B. verwendete bei seinen Kontroll- und Erweiterungsversuchen zu der Arbeit von Jendrássik (d. Centralbl. 1886 p. 700) neben dem Kalomel (0,2—0,3 täglich 3—4mal) Opium (0,03 pro dosi) und sah davon bei Ödemen Herzkranker Diarrhoe und 3—14tägige, am 5.—6. Tage ausgesprochenste Diurese eintreten und auch — Jendrássik's Angaben entgegen — länger andauern als Ödeme bestanden. Vor Anwendung des Mittels bei Ödem Nierenkranker warnt B. Auch bei einem Falle von Pleuritis und bei sonst gesunden Luetischen sah B. (Jendrássik's Angaben entgegen) Vermehrung der Diurese; nach mehrtägiger, nicht immer aus der Diarrhoe zu erklärender Harnverminderung kam es, wenn auch an den einzelnen Tagen schwankend, zu gesteigerter Diurese, die auch nach Anwendung anderer Quecksilberpräparate (Einreibung grauer Salbe, Sublimat und Hydrargyrum oxydulatum nigrum subkutan) in mittleren und großen Dosen eintritt. Die diuretische Wirkung des Quecksilbers — analog wirken auch Eisen, Mangan, Blei bei größerer Anhäufung im Blute, z. B. nach subkutaner Einspritzung — beruht auf »einem Reize oder noch größeren Veränderungen« des Nierenparenchyms.

K. Bettelheim (Wien).

16. **Kronecker** (Berlin). Einige Beobachtungen über die Nebenwirkungen des Antifebrin.

(Therapeutische Monatshefte 1888. September. p. 426.)

1) 18jähriger Arbeiter, Abdominaltyphus. Nachdem innerhalb 4 Tagen 8mal 0,2 Antifebrin, also im Ganzen 1,6 ohne Nebenwirkung mit prompter Wirkung auf die Temperatur verabreicht, trat bei der neunten Gabe von 0,2 plötzlich gefahrdrohender Collaps mit Koma ein, der sich erst nach 2 Stunden unter energischen Excitantien völlig verlor.

2) 25jährige anämische Näherin, Abdominaltyphus. 0,2 Antifebrin wirkt nur gering und sehr langsam auf die Temperatur. Rapides Wiederansteigen unter Cyanose und Schüttelfrost.

A. Freudenberg (Berlin).

17. **L. Löwenthal** (Frankfurt a/M.). Zur Wirkung des Antifebrin.

(Therapeutische Monatshefte 1888. September. p. 428.)

L. sah nach 0,05 Antifebrin bei einem 1jährigen Kinde (Pneumonia crouposa, starken Collaps, Wiederansteigen der Temperatur mit $^1/_2$ Minute dauernden »Starrkrampf«. Vorher war schon 2mal die gleiche Dosis ohne Collapserscheinungen verabreicht worden.

A. Freudenberg (Berlin).

18. **Freyer** (Stettin). Ein Fall von akuter tödlich verlaufender Vergiftung mit Bleiweiß.

(Therapeutische Monatshefte 1888. September. p. 444.)

Eine im Anfange der Dreißiger stehende Frau nahm wegen vermeintlicher Schwangerschaft für 5 Pfennig (= ca. 45 g) Bleiweiß und für 10 Pfennig »Blutreinigungstropfen«. Einige Stunden nachher Schmerzen im Hinterkopf und Kreuz, unlöschbarer Durst, Erbrechen. Am 4. Tage unter Zunahme der Erscheinungen Krämpfe, am 5. Tage Tod. Nach dem Tode bemerkte man an den Beinen und auf der Unterlage Blut (vielleicht Uterinblutung). Sektion (erst 6 Tage nach dem Tode bei hochgradiger Fäulnis vorgenommen) ergab: röthliche Färbung der

Magenschleimhaut in der Nähe des Duodenum, schwärzliche Färbung am Fundus, nirgends Erosionen. Grauer Belag der Zunge, kein Bleisaum. Blei nur spurenweis nachzuweisen.

A. Freudenberg (Berlin).

19. **Peyton Green.** Pichi.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 29.)

Aus den Stengeln und Sprossen der in Chili heimischen Fabiana imbricata wird die Drogue Pichi bereitet, welche in ihrer Heimat bei Reizzuständen der Blase sehr geschätzt wird. Die Wirkung soll auch eine diuretische sein; wirksam sind wahrscheinlich harzartige Bestandtheile. G. hat in einer Reihe von Erkrankungen an Blasensteinen und spastischen Blasenmuskelerkrankungen Pichi in Form eines Fluidextraktes versucht und fand eine rasche Besserung durch Pichi selbst da, wo andere Mittel machtlos waren; das Mittel scheint also eine sedative Wirkung bei Reizzuständen der Blase und der Urethra zu besitzen, eine steinlösende kommt ihm nicht zu.

Prior (Bonn).

20. **Janovsky.** Über Kraurosis vulvae.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888. No. 19.)

Mittheilung von 6 Fällen der von Breisky 1885 beschriebenen eigenthümlichen Hautatrophie, wobei sich Verkümmerung der Faltenbildung an der weiblichen Scham vorfindet, und eben so meist eine solche der kleinen Labien. Im weiteren Verlauf kommt es zu schmerzhaften Rhagaden an den äußeren Schamtheilen. Verf. beschreibt bei der Kraurosis vulvae einen der Schwimmer'schen Leukoplakie analogen Process der Scheidenschleimhaut.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

21. **A. Elsenberg.** Über einen Fall von Eczema madidans, komplicirt mit septischer Infektion.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888. Hft. 3.)

Ein 30 Jahre alter Mann laborirte an einer akuten Gonorrhoe mit beiderseitiger Epididymitis. Er machte Einreibungen mit grauer Salbe und zog sich dadurch ein Ekzem des Bauches und der Inguinalgegenden zu. Durch nachlässiges Verhalten und Applikation von anderen Reizmitteln erzielte er, dass das Ekzem immer mehr und mehr sich ausbreitete und verschlimmerte. Bei der Aufnahme zeigte er ein ausgebreitetes Eczema rubrum madidans und war durch Schlaflosigkeit sehr heruntergekommen. Besserung durch Diachylonsalbe. In Folge eines nach Spaltung eines Lymphdrüsenabscesses angelegten Sublimatverbandes tritt durch die reizende Wirkung des Sublimats eine hochgradige Verschlimmerung ein, der Pat. bekommt eine Pleuritis und geht schließlich septisch zu Grunde.

In dem pleuritischen Exsudate wies E. eine Menge Kokken nach. Durch Impfung auf Nährgelatine und Agarglycerin stellte es sich heraus, dass es sich um Staphylococcus albus handelte.

E. nimmt an, dass die auf große Strecken der Epidermis beraubte und leicht blutende Haut direkt im Stande war den Parasiten zu resorbiren.

Nega (Breslau).

22. **M. Lannois.** Chorée héréditaire.

(Revue de méd. 1888. No. 8. August 10.)

Zu der vielumstrittenen Frage der Chorea hereditaria liefert Verf. einige neue kasuistische Beiträge. In einer Familie konnte Verf. bis in die 4. Generation hinein Chorea nachweisen, die bei den betreffenden Individuen nur selten im mittleren, häufiger im reiferen oder höheren Lebensalter auftrat. Die charakteristischen Momente für die Diagnose liegen zunächst in dem hereditären Vorkommen, das sich bei ganzen Familien nachweisen lässt, ferner in dem reiferen oder höheren Lebensalter der betroffenen Personen, schließlich in dem Umstande, dass die Pat. bei einiger Willensenergie die incoordinirten Bewegungen zeitweise unterdrücken können. Der Verlauf ist ein langsam progressiver und führt in kürzerer oder län-

gerer Zeit zum Tode. Eine Heilung ist bisher nicht erzielt worden. Die Differentialdiagnose zwischen der Chorea hered. und den anderen Formen von Motilitätsneurosen, wie der Chorea minor, Chorea electrica, dem Friedreich'schen Paramyoclonus multiplex u. a. soll nach dem Verf. keine Schwierigkeiten bieten, was bekanntlich von anderen Autoren bestritten wird. Verf. glaubt, dass eine Anzahl der Beobachtungen über die Chorea der Erwachsenen oder der Greise sicher als Fälle von Chorea hered. aufzufassen sind. Im Übrigen giebt Verf. eine detaillirte Zusammenstellung der einschlägigen Fälle der Litteratur, speciell der neueren Beobachtungen von Huber, Zacher und Hoffmann. **A. Neisser** (Berlin).

23. J. A. Booth. Progressive Muscular-atrophy with Anaesthesia.

(Med. record 1888. September 1.)

Pat., ein 42 Jahre alter Schuhmacher, ohne hereditäre Belastung, stets gesund gewesen, klagt seit Oktober 1878 über allgemeine Schwäche, Mattigkeit, Schwindel. Später nahm die Schwäche in Armen und Händen zu; die Stimme wurde rauh und veränderte sich. Seit Juni 1879 Kälte und Taubheitsgefühl in der Schulter, Hals, Arm und Hand der linken Seite. Bald darauf Abnahme im Umfang und Einsinken der Schultern. Die Muskelschwäche nahm langsam zu; geringe Schwierigkeit beim Schlucken; Schwere der Zunge; Sehvermögen schwächer; häufige Schwindelanfälle. Seit 1885 blieben diese Symptome unverändert.

Stat. praes.: Herabsinken beider Schultern. Stimme rauh, unrein, ungleich im Ton. Keine Ataxie beim Gehen oder Stehen. Grobe motorische Kraft in den oberen Extremitäten stark herabgesetzt. Die Beweglichkeit derselben sehr beschränkt. Eben so in den Händen; der 4. und 5. Finger der rechten Hand leicht flektirt; Interossei geschwunden, besonders 3. und 4. der rechten Hand. Die Muskeln, die die oberen Extremitäten mit dem Rumpf verbinden, atrophisch, doch ist die Atrophie nicht gleichmäßig überall vorgeschritten. Linke Wange schwächer als rechte. Zunge bietet keine Differenzen; beim Herausstrecken geringe Abweichung nach rechts. Paralyse der Gaumenmuskeln, Uvula stark nach rechts gezogen. Linksseitige Stimmbandlähmung. Atrophische Muskeln mechanisch unerregbar. Starke fibrilläre Zuckungen derselben. Starke Herabsetzung der galvanischen wie faradischen Erregbarkeit derselben. Unterer Abschnitt des Trapezius kontrahirt sich gar nicht. Der 3. und 4. Inteross. dext. zeigt Entartungsreaktion. Patellarreflexe erhöht. Kein Dorsalklonus. Muskelsinn erhalten. Entsprechend dem Taubheits- und Kältegefühl des Pat. konstatirt man komplete Anästhesie des Gesichts, Kopfes, Halses, Armes, Nackens und der Schulter der linken Körperhälfte, genau bis zur Medianlinie, vorn bis zur 4. Rippe, hinten bis zur 9. Rippe reichend; diese Region entspricht dem Ausbreitungsgebiet des Plex. cervic., Plex. brachialis, der Nn. intercostal. und des N. trigeminus. Ferner Anästhesie der Zunge, des Mundes, Gaumens der linken Seite. Auf der rechten Körperhälfte besteht nur auf dem Dorsum der Hand und der vorderen und seitlichen Partie des Oberarms Analgesie, sonst ist die Sensibilität erhalten. Temperatursinn fehlt an beiden Händen und der linken Halshälfte; an anderen Stellen ist er undeutlich ausgeprägt. Geringe Amplyopie. Ophthalmoskopischer Befund normal. Die übrigen Sinnesorgane unverändert.

Diesen Befund, der durch die bulbären Symptome, so wie die ausgebreitete Hemianästhesie von besonderem Interesse ist, legt Verf. dahin aus, dass es sich um einen Fall von progressiver Muskelatrophie mit sekundärer Betheiligung der oberen und äußeren Partien des Pons oder des Pedunculus cerebri der rechten Seite (verursacht durch einen Tumor) handelt. **A. Neisser** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 2. März.** **1889.**

1. **G. Sanarelli.** Di una particolare alterazione dei globuli rossi nucleati, prodotta dal veleno dello Scorpio europaeus.

(Bollet. della soc. dei cult. delle scienze med. 1888. Fasc. 5. p. 202 ff.)

Über die bereits von Aristoteles, Plinius, Galenus, Swammerdam etc. beobachtete giftige Eigenschaft des Skorpionenbisses liegen genaue Untersuchungen aus älterer Zeit nicht vor. 1871 veröffentlichte Jousset (Compt. rend. de l'acad. des sciences) die Ergebnisse seiner Studien über die Giftwirkung des Scorpio occitanus auf den Laubfrosch, die sich in folgende Sätze zusammenfassen lassen:

1) Das Gift des Scorpio occitanus wirkt direkt auf die rothen Blutkörperchen und, wie es scheint, ganz allein auf diese.

2) Seine Wirkung beruht in einer Zerstörung des Einzelbestandes der rothen Zellen, welche zusammenbacken und kleine Haufen bilden.

3) Die zusammengebackenen Massen verstopfen die Kapillaren und geben so ein Hindernis für die Cirkulation ab.

S. konnte nicht genügend zahlreiche Exemplare des Scorpio occitanus gewinnen, um Jousset's Experimente nachzuprüfen und musste sich mit dem Studium der Giftwirkung des Scorpio europaeus begnügen, dessen Biss meist unschädlich verläuft, mitunter jedoch schwere Folgen, namentlich phlegmonöse Processe und Gangrän, herbeiführt.

Versuche mit dem Gift am Blutstropfen des Menschen, des Hundes, des Kaninchens, des Meerschweinchens und der Ratte unter dem Mikroskop fielen negativ aus, wenn man davon absieht, dass wiederholt das Blut des Meerschweinchen unter dem Mikroskop eine lebhafte amöboide Bewegung der rothen Zellen zeigte, welche sofort bei der Berührung mit dem Skorpiongifte sistirte.

Versuche mit dem Gift am Blute des Frosches, des Salamanders, der Fische und Vögel, kurz bei den Thieren, deren rothe Blutkörperchen einen Kern besitzen, ergaben, dass das Gift regelmäßig die rothen Zellen derart zerstört, dass der Kern frei wird und das Hämoglobin sich im Blutserum auflöst. Dies geschieht auch, wie die Betrachtung des Froschmesenteriums ergab, am kreisenden Blut des lebenden Thieres. Beim Frosch ist diese Veränderung am stärksten und kommt sehr rasch zu Stande: beim Triton viel langsamer, desgleichen bei den Fischen, am langsamsten bei den Vögeln. Ingleichen verhielt sich die tödliche Wirkung des Giftes. Der Giftinhalt eines Bläschens von dem im Juli gefangenen Skorpion tödtete einen Frosch in 2 Stunden; das Gift des im April gefangenen Thieres kaum in 24 Stunden. Im Volksmunde wird dem Biss der Skorpionen während des Monats Juli die gefährlichste Wirkung zugeschrieben.

G. Sticker (Köln).

---

2. **Krause.** Über den cystischen Leberechinococcus und über die von R. v. Volkmann eingeführte Methode der Operation desselben.

(Sammlung klin. Vorträge No. 325.)

Verf. bespricht zunächst kurz die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Deutschland, welche sich ganz besonders im Rostocker Bezirke in Mecklenburg vorfindet. Der Grund hierfür ist hauptsächlich darin zu suchen, dass gerade in jener Gegend viele Schafherden, und zwar überwiegend Merinoschafe, bei denen die Krankheit sehr häufig ist, gehalten werden. Hierzu kommt noch, dass in Rostock die Schafe meist in Privathäusern geschlachtet und die Abfälle auf den Höfen deponirt werden, wodurch den Hunden immer wieder Gelegenheit zur Infektion gegeben ist, und auch für die Menschen die Gefahr, sich von diesen Hunden zu inficiren, nicht aufhört. Die Entwicklung der Parasiten in der menschlichen Leber ist bekannt. Von den Symptomen wurde das Hydatidenschwirren

stets für sehr charakteristisch gehalten, es hat jedoch nicht so hohen diagnostischen Werth. Die sichere Diagnose ist oft nur durch Probepunktion zu stellen, welche eine wasserklare Flüssigkeit, die eventuell die Köpfe mit den Hakenkränzen oder Theile der Thiermembran enthält, ergiebt. Zwischen den völlig intakten Trichterblasen kann sich gelber breiig-käsiger Inhalt vorfinden, welcher von tuberkulösem Eiter wohl unterschieden werden muss. Die Probepunktion ist andererseits gefährlich, indem durch den Stichkanal Cysteninhalt in die Bauchhöhle gelangen und dort Entwicklung von Echinokokken bewirken kann. Noch ernster ist die Probepunktion bei vereiterten oder verjauchten Echinokokkensäcken, da, wenn septische Stoffe in die Bauchhöhle gelangen, allgemeine Peritonitis entsteht. Selbstverständlich ist strenge Antisepsis bei dem Eingriff zu befolgen. K. schildert hierauf die Krankengeschichten von 13 von v. Volkmann mittels der zweizeitigen Methode operirten Fällen von Leberechinokokken. Bei 12 von ihnen trat Heilung ein, nur einmal der Tod bei einer 26jährigen Frau, die an Albuminurie und urämischen Anfällen gelitten hatte und deren Sektion amyloide Degeneration der Nieren etc. ergab. Das Volkmann'sche Verfahren hat dem von Lindemann und Sänger ausgeführten gegenüber bedeutende Vorzüge, wie auch die Statistik anderer Chirurgen, die nach demselben arbeiteten, erweist. Jedenfalls verdient es da den Vorzug, »wo es sich um nicht adhärente vereiterte Echinococcussäcke, oder um Echinococcussäcke, die bereits nach innen in Darm oder Bronchien durchgebrochen sind, handelt«.

Das zweizeitige Verfahren bei der Echinokokkenoperation Volkmann's besteht darin, dass nach Eröffnung des Bauchfells der Thiersack freigelegt und durch Tamponade der Wunde die Ränder des Bauchschnittes mit der Leberoberfläche zur Verwachsung gebracht werden, was in ca. 8 Tagen meist geschehen ist. Dann wird durch einen zweiten Schnitt der Sack selbst eröffnet und entleert. Die näheren Details bei der Ausführung der Operation siehe im Original.

G. Meyer (Berlin).

---

3. W. Kroll (Krefeld). Über Kopfschmerzen bei einzelnen Entzündungen des Auges, so wie bei Accommodation und muskulärer Asthenopie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 31.)

K. weist zunächst darauf hin, dass bei den Entzündungen des Auges (Iritis, Glaukom) der durch dieselben erregte heftige Stirnkopfschmerz nicht nach dem Gesetze der Irradiation erklärt werden kann, weil hier der Hauptschmerz an der erkrankten Stelle selbst stattfinden müsste und erst von da auf die benachbarten Nerven ausstrahlt. Der ausschließliche Stirnschmerz bei solchen Augenaffektionen könne aber auch nicht nach dem Gesetz von der peripheren Wahrnehmung der Schmerzempfindung erklärt werden, weil bei

den meisten Erkrankungen der inneren Augentheile die Reizungsstelle des Hauptnerven offenbar nicht vor, d. h. centralwärts, sondern hinter der Abzweigung der kommunicirenden Nervenäste stattfindet. Verf. deutet diese paradoxe Erscheinung als eine falsche Projektion, ähnlich, wie bei Coxitis die Knieschmerzen ihre Erklärung finden.

Hierauf theilt K. verschiedene Fälle von Hypermetropie und Insufficienz der Musculi int. mit, bei welchen jahrelanger Kopfschmerz endlich durch die korrigirende Brille, resp. die Wahl einer passenden, oder durch die Schieloperation beseitigt worden.

Solche Erfahrungen wird gewiss jeder Ophthalmologe in großer Menge zu verzeichnen haben. Immerhin ist es werthvoll, die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte wieder einmal darauf hingelenkt zu haben, wie häufig jahrelang mit inneren Mitteln erfolglos behandelte, als hysterisch oder neurasthenisch angesehene Kranke, wie mit einem Zauberschlage durch Verordnung der passenden Brille von dem Leiden befreit werden.

Auch dem Ref. sind solche Fälle in großer Anzahl begegnet und er erlaubt sich bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam zu machen, dass oft bei Pat., die sich für ganz normal und scharfsichtig halten, durch genauere ophthalmoskopische Untersuchung und Refraktionsprüfung ein geringer aber deutlicher Astigmatismus nachweisbar ist, der einerseits die Ursache der Kopfschmerzen, andererseits der durch Hyperämie im vorderen Augapfelabschnitt erzeugten Conjunctivitis ist. Die Kopfschmerzen sind bisher erfolglos mit inneren, die Conjunctivitis eben so mit äußeren Mitteln behandelt worden. So kenne ich einen Pat., der sogar von einem Ophthalmologen ca. 2 Jahre lang mit verschiedenen Augenwässern erfolglos wegen seiner Conjunctivalbeschwerden behandelt worden. Bei demselben war, weil er angab, gut zu sehen, keine Refraktions- und Augenspiegeluntersuchung vorgenommen worden, und er war sehr verwundert, als ich ihn einer solchen unterzog. Die Untersuchung ergab einen geringgradigen myopischen Astigmatismus, nach dessen Korrektion die Conjunctivitis und mit ihr die Beschwerden endgültig verschwanden.

Noch eines anderen Falles möchte ich kurz erwähnen. Ein Kollege litt seit Jahren an heftigster Migräne, die besonders stark auftrat, wenn er längere Zeit gearbeitet. Er hatte die verschiedensten inneren Mittel, Elektricität, Massage erfolglos angewandt. Ein Ophthalmologe hatte ihm erfolglos eine Konkavcylinderbrille verschrieben, welche er freilich, da sie ihm eine ausgezeichnete Sehkraft vermittelte, fast permanent seit 8—10 Jahren trug.

Der Augenspiegel wies deutlich einen gemischten Astigmatismus, der vorwiegend hypermetropisch war, nach und ich verordnete einen Konvexcylinder zum beständigen Gebrauch. Sofort verschwanden die Kopfschmerzen und die Migräneanfälle und sind bis zur Stunde nicht wiedergekehrt. **G. Gutmann** (Berlin).

---

4. G. Buffalini. Sull' uso terapeutico della Chinojodina.

(Bollet. della sezione dei cult. delle sc. med. nella R. acad. di Siena 1888. No. 6.)

Das Chinojodin, ein durch Addition von Chinolin und Jodchlorid entstandener chemischer Körper mit der Formel $C^6H^7N.JCl$, mikrokrystallinisches schwach gelbliches Pulver, unlöslich in Wasser, wenig löslich in Alkohol und Äther, mit Chloroformwasser geschüttelt leicht sein Jod abgebend, zeigte bei klinischer Anwendung in Tagesgaben von 0,2—0,6 folgende pharmakologische Eigenschaften:

Ausgeprägte antiseptische Wirkung in Folge der leichten Abspaltung des Jod bei Berührung mit lebenden Geweben.

Antithermale Wirkung, beträchtlich beim hektischen Fieber, in Folge der Konkurrenz des Jod- und Chinolinkomponenten; mitunter wird die antipyretische Wirkung vermisst.

Negative Wirkung auf den phthisischen Process, auf Qualität und Quantität des Auswurfs der Phthisiker; das Sputum bei großen tuberkulösen Kavernen mit spärlichen Tuberkelbacillen, aber zahllosen anderen Mikroorganismen, verlor im Verlauf der Chinojodinbehandlung die letzteren (Fäulnisbakterien und andere Bacillen) fast gänzlich, während die Bacillen Koch's eher an Menge im selben zunahmen. Nur das Allgemeinbefinden der Phthisiker erfährt fast immer durch Chinojodin eine Besserung, wie bei anhaltendem Jodoformgebrauch.

Kalmirende Wirkung auf die Paroxysmen von Angina pectoris und die Athemnoth der Phthisiker, wie sie dem Jod an sich (Binz, Högyes) zukommt.

Dem Verf. scheint das Präparat klinische Bedeutung nur da zu haben, wo die Indikation einer raschen Durchdringung des Organismus mit Jod vorliegt, ohne dass es darauf ankommt, den Organismus lange unter dem Einfluss der Jodwirkung zu halten.

G. Sticker (Köln).

---

5. **Halter.** Über die Immunität von Kalköfenarbeitern gegen Lungenschwindsucht mit therapeutischen Vorschlägen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 36—38.)

Verf. beobachtete bei den Kalkofenarbeitern von Lengerich, welche auf sehr trockenem Arbeitsboden ihre Arbeit verrichten, einer sehr heißen Luft von 41—70° C. ausgesetzt sind und feinen Kalkstaub in ziemlich großer Menge stetig inhaliren, Immunität gegen Lungenschwindsucht. Von den obigen Agentien glaubt H. den Kalkstaub als indifferent für die Lungen, die Trockenheit des Bodens für nicht besonders maßgebend bezeichnen zu können. Von hoher Wichtigkeit sei vielmehr die große relative Trockenheit der in und bei den Öfen eingeathmeten Luft. Die starke Hitze bewirke, dass die Luft frei bleibe von Tuberkelpilzen, eine erhebliche Verdünnung bedinge und tägliche mehrmalige Temperatursteigerungen bis über 38° C. bei den Arbeitern während der Acclimatisation, d. h. in der ersten Zeit der Arbeit in den Kalköfen, herbeiführe. Puls, Athemfrequenz, Hauttranspiration und Stoffwechsel erfahre noch nach der Acclimatisation eine Beschleunigung.

Therapeutisch schlägt Verf. vor, prophylaktisch und zur Heilung der Lungenschwindsucht: 1) die 1—2malige tägliche Verabfolgung irisch-römischer Bäder je $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde; 2) zur lokalen Behandlung mehrmals täglich Inhalationen einer trockenen Luft von 120—190° C.; 3) die Inhalationen in demselben Raume machen zu lassen, in welchem die Luftbäder gegeben werden.

In Betreff der Anwendungsweise der Luftbäder und der Inhalationen empfiehlt H.: 1) Die erforderlichen Lufttemperaturen von 41 bis 55° C. im Sommer durch Zimmerheizung herzustellen: niedrigere Temperaturen aber nicht anzuwenden, um nicht die Vermehrung der Tuberkelbacillen zu begünstigen; 2) die Zeitdauer und den Temperaturgrad des Bades nach dem Kräftezustand der Pat. einzurichten; 3) bei Fiebernden und zu Hämoptoe geneigten Individuen die Luftbäder zu vermeiden; 4) die Inhalationen und zwar durch den Mund mehrmals täglich oder fast permanent je nach dem Grade der Krankheit zu machen. Betreffs der weiteren Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. H. fügt die Beschreibung seines Inhalationsapparates bei. Peiper (Greifswald).

---

6. **Krull.** Die Heilung der Lungenschwindsucht durch Einathmen feuchtwarmer Luft von bestimmter gleichbleibender Temperatur.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 39.)

K. geht bei Empfehlung seiner Methode von dem Gedanken aus, durch Inhalationen feuchter, atmosphärischer Luft, welche höher temperirt ist, als die Körperwärme, die Blutcirkulation zu steigern und damit den Stoffwechsel wie den Ernährungszustand des Lungengewebes intensiv zu heben. Ein vom Verf. konstruirter Apparat wird hierzu empfohlen. Das geeignete Material für diese Behandlungsmethode ist das Anfangsstadium der Phthisis. Nutzlos erwiesen sich die Inhalationen bisher im weit vorgeschrittenen Stadium der Phthisis und zwar besonders, wenn Syphilis vorausgegangen oder gleichzeitig vorhanden war: eben so bei komplikatorischer Albuminurie und bei bestehender Darmphthisis. Bei erblich nicht belasteten Pat. und kurzer Krankheitsdauer ist es Verf. jedoch wiederholt gelungen, vollständigen Erfolg zu erreichen trotz vorgeschrittener lokaler Erkrankung und schlechten Allgemeinbefindens. Die Inhalationen wurden in der Regel täglich nur einmal und zwar bei ungezwungener Athmung ausgeführt; am geeignetsten für die Ausführung erwies sich die Zeit von Morgens 7—8 Uhr oder Nachmittags von 5—6 Uhr. Die Temperaturhöhe der Einathmungsluft betrug durchschnittlich 43—44° C., die Dauer einer jedesmaligen Sitzung im Mittel bei schwächeren Individuen 30—35, bei kräftigen fieberlosen Kranken 40 Minuten.

Körpergewicht, Fieber und Auswurf wurden sorgfältig kontrollirt. Fortdauernde Abnahme des Körpergewichtes, abgesehen von geringen Schwankungen, nöthigte zur Änderung in der Behandlung, eben so anhaltendes hohes Fieber. Die meisten Kranken zeigten bald früher bald später eine mehrere Tage allmählich ansteigende, dann eben so langsam abfallende Temperatur. In der Regel war von Anfang der Kur eine Zunahme des Auswurfs, später eine langsame Abnahme zu konstatiren. Blutungen traten überhaupt nur bei 3 Pat. auf. Eine

andauernd übermäßige Menge des Auswurfs mit Fieber und Gewichtsabnahme kontraindicirte die Fortsetzung der Behandlung.

Peiper (Greifswald).

---

7. **Unverricht.** Kritische Bemerkungen zur Fieberlehre.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 37 u. 38.)

Zu einem Referate eignen sich die kritischen Bemerkungen U.'s eigentlich gar nicht, es muss diesen Aufsatz Jeder, der sich für die brennende Tagesfrage von der Fieberlehre und von den antipyretischen Heilmethoden interessirt, selbst lesen. Es kommen in dieser Besprechung nicht nur die eigenen, früher schon ausgesprochenen Anschauungen U.'s über die moderne Fieberbehandlung zum Ausdruck, sondern auch eine Blüthenlese aus den Arbeiten und Aussprüchen moderner Autoren, so weit sie sich auf diesen Gegenstand beziehen, zur Vorführung.

In Bezug auf die Antipyretica gelangt U. zu dem Ergebnis, dass die chemischen Fiebermittel zu verwerfen seien und die Herabminderung der erhöhten Eigenwärme in fieberhaften Krankheiten nicht den Angelpunkt der Therapie bilden dürfe. Viele werden diesen Schluss als ein ketzerisches Glaubensbekenntnis ansehen und ihn in dieser Fassung absolut nicht anerkennen, Andere nur bedingt demselben beistimmen; jedenfalls ist die Freimüthigkeit anzuerkennen, mit der U. diese hochwichtige Frage bespricht und uns möchte es scheinen, als ob der Nutzen einer solchen offenen Besprechung gerade für die Praktiker, für die ja der Artikel geschrieben ist, ein erheblicher werden möchte, da man gerade in diesen Kreisen übertriebenen Erwartungen über den Werth einer Temperaturherabsetzung à tout prix vielfach begegnet. Möchte gerade die eine Blüthe aus der gesammelten Lese, die im Garten von Stiller gewachsen ist, möglichst gute und reiche Frucht tragen!

Von eben so großem Interesse, wie die Ausführungen über den Werth der Antipyretica sind die Bemerkungen über die Bedeutung des kalten Wassers und über die Gefahren der Temperatursteigerung.

Seifert (Würzburg).

---

8. **W. Winternitz.** Zur Pathologie und Hydrotherapie des Fiebers. Unter Mitwirkung von DDr. Schweinburg, A. Winternitz, Pollak, Pospischil.

Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1888.

Im 1. Theile giebt W. Winternitz als Einleitung seine aus früheren Arbeiten bekannten Anschauungen über das Wesen des Hauptsymptoms des Fiebers, die Temperatursteigerung. Sie ist dadurch bedingt, dass aus irgend welchen Ursachen die Kapillaren der ganzen Oberfläche oder nur eines Theiles derselben im Zustande der Kontraktion sind. Dadurch wird das Hautorgan blutärmer und giebt experimentell nachweisbar 60—70% weniger Wärme an die Um-

gebung ab, ein Faktor, der ausreicht, um in $1^1/_2$ Stunden die Körpertemperatur um 1 Grad zu steigern. Mit dieser auf relativer Anämie der Haut beruhenden Wärmeretention geht eine Verminderung der Wasserausscheidung von der Körperoberfläche Hand in Hand, die Perspiratio insensibilis ist herabgesetzt, und dadurch wird der temperaturerniedrigende Einfluss derselben vermindert. Wärme- und Wasserretention sind die zwei physikalisch genetischen Momente der Temperatursteigerung des Fiebers; ihnen entgegenzutreten ist eine der wichtigsten Aufgaben der hydriatischen Antipyrese, ihre Erfüllung gelingt mit geradezu physikalischer Sicherheit.

Alle Proceduren, die eine Erweiterung der Hautgefäße bewirken, eine Beschleunigung der Cirkulation im Hautorgane, Kräftigung der Herzaktion hervorrufen, werden die Wärmeretention lösen und die Wasserabgabe von der Oberfläche begünstigen. Waschungen, Abreibungen, Regenbäder, kräftige Friktion der ganzen Oberfläche, feuchte Einpackungen werden diese Indikation am besten erfüllen; ist erst durch ihre Einwirkung der Kontraktionszustand der Hautkapillaren gelöst, dann erst ist der Körper vorzubereiten zur zweckmäßigen und wirkungsvollen Antipyrese mit wärmeentziehenden Bädern, Umschlägen etc. Die auf diesem Wege erzielte Temperaturerniedrigung ist bedeutend und nachhaltig.

Doch nicht allein in der Herabsetzung der Temperatur des Fiebernden beruht die enorme Bedeutung der Hydrotherapie, sie wirkt auch noch ganz besonders auf die übrigen Fiebersymptome, sie ist ein äußerst wirksames Nervinum, sie ist im Stande, wenn richtig angewendet, sowohl die depressiven Zustände, als auch die abnorme Erregbarkeit des Nervensystems zu beseitigen. — Ganz energisch wirkt die Hydrotherapie auf die Herzthätigkeit; ausgelöst durch den Kältereiz, der die sensibeln Nervenenden der Haut trifft, und durch den Reiz des abgekühlten Blutes auf die Ganglien des Herzens selbst werden die Zusammenziehungen langsamer, energievoller. Ganz besonderes Gewicht legt W. dabei noch auf die Erhöhung des Tonus der Hautkapillaren, der bei schweren Infektionskrankheiten, z. B. Scharlach, so weit reducirt sein kann, dass das Blut in seiner größten Menge in den überfüllten Hautgefäßen stagnirt, nur in geringer Menge dem Herzen zuströmt und so zu Herzcollaps Veranlassung werden kann, der eigentlich als Gefäßcollaps aufzufassen ist; in solchen Zuständen kann nur eine energische hydriatische Procedur rettend wirken. — Außerdem gelingt es dem hydriatischen Verfahren in höherem Maße als dem Chinin, den Salicylsäurepräparaten, den Stoffwechsel im Fieber zu verlangsamen, die Assimilation zu verbessern und somit die Konsumptionsgefahr zu verringern.

Wenn bei all dieser enormen Tragweite die Hydrotherapie noch nicht so Gemeingut der ganzen medicinischen Welt geworden ist, wie sie es verdiente, so hat dieses in fehlerhafter Anwendung derselben seinen Grund, wie W. an verschiedenen Beispielen, die von

bedeutenden Kliniken entnommen sind, in äußerst belehrender Weise darthut.

Im 2. Theile geben Dr. Schweinburg und A. Winternitz kritische und historische Bemerkungen über die inneren antipyretischen Mittel, heben nochmals den Werth der richtig angewendeten hydriatischen Proceduren hervor und geben dann genau detaillirte Beschreibungen derselben, die praktisch von solcher Bedeutung sind, dass ich hier auf das Original verweisen muss.

Im 3. Theile berichtet Pospischil über seine kalorimetrischen Untersuchungen, die er nach der bekannten Winternitz'schen Methode anstellte. Er fasst die Resultate in folgende Sätze zusammen:

1) Verdrängung des Blutes und Aufhebung der Cirkulation in einem Körpertheil vermindert die Wärmeabgabe bis um 70,6%.

2) Cirkulationsbehinderung durch Erzeugung passiver Hyperämie vermindert die Wärmeabgabe bis um 46,2%.

3) Mechanische Reize können eine Vermehrung der Wärmeabgabe bis um 95% veranlassen.

4) Schwächere chemische Reize erzeugten eine Vermehrung der Wärmeabgabe um 40%, starke Reize dagegen eine Verminderung bis zu 8%.

5) Thermische Einwirkungen, welche Cutis anserina bewirken, vermindern die Wärmeabgabe bis um 44,5%.

6) Ein warmes Regenbad kann durch Erzeugung einer Cutis anserina Verminderung der Wärmeabgabe bis zu 38,7% bewirken.

7) Nasskalte partielle Abreibungen können die Wärmeabgabe steigern bis um 80%.

8) Kalte Regenbäder und folgende Ruhelage erzeugen nach einer transitorischen Verminderung der Wärmeabgabe eine Vermehrung um 23%.

9) Kalte Regenbäder mit darauffolgender Körperbewegung steigern die Wärmeabgabe bis um 66,6%.

10) Warmes Regenbad mit kaltem Fächer und folgender Ruhelage steigert die Wärmeabgabe um 16%.

11) In zwei mit Fieber einhergehenden Erkrankungen war die Wärmeabgabe beim Ansteigen der Körpertemperatur bis zu 25,4% vermindert.

Im 4. Theile giebt Pollak einen Auszug der Arbeit von C. Rosenthal über die Theorie des Fiebers und die Wirkung der Antipyretica, die die Winternitz'sche Ansicht von der Wärmeretention als Hauptursache der Temperatursteigerung stützt.

A. Frey (Baden-Baden).

Kasuistische Mittheilungen.

9. H. Voigtel. Das Empyem und seine Behandlung durch den frühzeitigen Doppelschnitt mit Rippenresektion und Drainage der Brusthöhle.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Auf Grund eines erheblichen Materials von 84 Fällen von Empyem, deren Krankengeschichten zum Schluss in extenso mitgetheilt werden (dieselben kamen in den letzten Jahren im Augusta-Hospital zur Beobachtung und auf der Abtheilung von E. Küster zur Operation), stellt V. folgende Hauptgrundsätze für die Behandlung des Empyems auf:

1) Jedes Empyem muss sofort nach Sicherung der Diagnose durch Probepunktion operirt werden — ganz ohne Rücksicht auf die Ätiologie desselben.

2) Diese Operation hat in erster Linie die Entfernung des vorhandenen und den Abfluss des sich etwa noch bildenden Eiters zu erreichen.

3) Dieses geschieht am sichersten durch Anlegung zweier, eventuell auch mehrerer Öffnungen, die besonders den Boden der Pleurahöhle zugänglich machen müssen.

4) Diese Öffnungen lassen sich am besten offen halten durch Resektion von Rippenstücken.

5) Die Entfernung des vorhandenen Eiters erfolgt am besten durch einmalige antiseptische Ausspülung.

6) Der dauernde Abfluss neu gebildeten Eiters wird durch eingelegte Drainröhren, die zweckmäßig von einer Öffnung zur anderen durchgehen, erreicht. Eine Tamponade mit Jodoformmull ist damit zu verbinden und kann in geeigneten Fällen die Drainage ersetzen.

7) Ist auf eine Wiederausdehnung der Lunge nicht zu rechnen, so ist die primäre Thorakoplastik zu machen: Resektion von Rippenstücken behufs Verkleinerung der Thoraxhöhle. Im Übrigen gelten auch hier die in 3—6 aufgestellten Grundsätze.

8) Bei der Nachbehandlung ist auf Lungengymnastik, insbesondere auf den Gebrauch des Waldenburg'schen Apparates großer Werth zu legen.

G. Meyer (Berlin).

10. C. le Nobel. Ein Fall von Fettstuhlgang mit gleichzeitiger Glykosurie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII.)

Der seit Mai 1885 immer kraftloser und magerer werdende 61jährige Kranke wurde zufällig darauf aufmerksam, dass seine Stühle geschmolzenem Fett ähnlich sähen. Auf der Rosenstein'schen Klinik in Leyden wurde (November 1885) konstatirt, dass die buttergelben Fäces sauer reagirten, in deren Ätherextrakt sich Öl-, Stearin- und Palmitinsäure fanden, die fettsauren Salze aber (Calciumverbindungen der Fettsäuren), alle Gallenbestandtheile, Schwefelwasserstoff, Indol, Scatol, Leucin, Tyrosin, Pepton, Ureum, Acid. uricum, Kreatin, Kreatinin, Nuclein, Hämatin, Amylum, Dextrin, Gummi, ferner fast vollständig Mikroorganismen fehlten. Die wässrige Lösung der Asche enthielt K, Na, kein NH_3 und Cl. Die bei dem Kranken vorhandene Glykosurie (0,4—2,8%) zeigte sich ganz von der Nahrung abhängig, im Morgenharn fand sich durchschnittlich keine Reduktion. Fettstühle allein zwingen noch nicht zu der Annahme einer Pankreasaffektion, da auch die Galle Fett zu emulgiren vermag und Hartsen bei völliger Pankreasatrophie Fettstühle vermisste; allein das Fehlen aller Fäulnisprodukte im Stuhl spricht für das Fehlen des Pankreasfermentes, welchem, wie dem (vielleicht durch die saure Reaktion der Fäces unwirksam gemachten) Bienstock'schen Bacillus, die Fähigkeit, aus dem Eiweiß Indol, Scatol etc. zu liefern, zugeschrieben wird. Da das Pankreasferment Dextrin in Maltose verwandelt, vermuthete N. (und glaubt auch gezeigt zu haben), dass die reducirende Substanz im Harn des Pat. Maltose und nicht Dextrose sei.

K. Bettelheim (Wien).

11. **Thiem** (Kottbus). Über den diagnostischen Werth der Salzsäurebestimmung im Mageninhalt bei Magenkrebs.

(Deutsche Medicinalzeitung 1888. No. 68.)

T. berichtet über 3 Fälle von Magencarcinom, die sich durch das konstante Vorhandensein von Salzsäure im Mageninhalt auszeichneten. Im 1. Falle handelte es sich um ein Pyloruscarcinom mit hochgradiger Stenose des Pylorus, es wurde die Gastroenterostomie vorgenommen, aber die Pat. starb an Schwäche 50 Stunden nach der Operation. Die beiden übrigen Fälle waren Cardiakrebse, bei welchen die Gastrostomie gemacht wurde.

Von den Reaktionen zum Nachweis der freien Salzsäure erklärt T. die Methylviolettreaktion als die für den Praktiker am einfachsten zu handhabende.

Seifert (Würzburg).

12. **J. Wiessner.** Diagnostische und therapeutische Untersuchungen über die nervöse Dyspepsie.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Auf Veranlassung von Leyden untersuchte W. bei einer Reihe von Pat. der ersten med. Klinik, die an nervöser Dyspepsie litten, genauer die Verhältnisse der Sekretion des Magens. Für die sicherste Methode zur quantitativen und qualitativen Untersuchung des Magens hält Verf. die bekannte von Cahn und v. Mering angegebene. Der Mageninhalt wurde nach Aufnahme der Probemahlzeit (oder Frühstück) aspirirt. Es zeigte sich bei den Prüfungen, dass die motorische Funktion des Magens der Pat. normal war, jedoch erschien bei allen Untersuchungen Hyperacidität, die lediglich auf Salzsäure zu beziehen war. Leube nimmt bekanntlich zeitliche und chemische Normalität der Verdauung bei der nervösen Dyspepsie an. Therapeutisch war bei den kranken Individuen, die sich hartnäckig gegen Nahrungsaufnahme sträubten, die von Leyden jetzt mit so großem Erfolge inaugurirte Ernährungstherapie eingeschlagen worden. Dieselbe musste hier in Form der Zwangsernährung (Gavage) erfolgen und hatte in einem der citirten Fälle einen geradezu überraschenden Erfolg, so dass die betreffende Pat., welche äußerst schwach in die Anstalt aufgenommen war, dieselbe blühend und gesund verließ, während ihr Körpergewicht von 34,63 auf 53 kg gestiegen war.

G. Meyer (Berlin).

13. **Tross.** Über einen Fall von Omphalorrhagia neonatorum spontanea.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 41.)

Am 5. Tage nach der Geburt bei völlig normaler Entbindung und gutem Wochenbettverlauf nach Abfall der Nabelschnur trat bei dem Kinde, einem Mädchen, eine Nabelblutung ein. Kein Collaps, Icterus neonatorum in normalen Grenzen, keinerlei Hautblutungen. Über die Beschaffenheit des Urins und Stuhlganges, wie über den Untersuchungsbefund bezüglich der Leber und Milz wird nichts berichtet.

Das Kind starb plötzlich nach Wiederholung der Blutung.

Sektion konnte leider nicht gemacht werden. Die vom Verf. angegebene »Ligatur des über das Niveau gezogenen Nabels sammt und mittels der Bauchwand« können wir wegen der Leichtigkeit des Abgleitens nicht empfehlen, sondern würden stets der von Dubois beschriebenen und vom Verf. referirten Methode den Vorzug geben.

P. Meyer (Berlin).

14. **E. Fränkel.** Über die sogenannte Stomatitis aphthosa, besonders in anatomischer und ätiologischer Beziehung.

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. Hft. 3.)

Der wesentlichste Differenzpunkt, der sich zwischen den vorliegenden Beobachtungen und den bisher bekannten Schilderungen der Aphthen (besonders Bohn's) findet, liegt darin, dass F. die subepitheliale Lage der einzelnen Flecke bestreitet, und dem entsprechend auch ein Einreißen der Epitheldecke über jenen

Plaques nie beobachten konnte, da diese schon zur Zeit ihres ersten Entstehens im Niveau der Umgebung, zuweilen mäßig prominirend, standen. Auch die Herausbildung der Plaques aus Bläschen wird in Übereinstimmung mit Henoch bestritten.

Verf. hat 4 Fälle von Stomatitis aphthosa im Hamburger allgemeinen Krankenhause histologisch und bakteriologisch untersucht. Er fand als das Wesentliche eines aphthösen Herdes »ein bald mehr grobbalkiges, scholliges, enge Maschen aufweisendes, hyalin glänzendes, bald äußerst feinfädiges (Fibrin-) Gerüst, innerhalb dessen sich an verschiedenen Stellen in wechselnder Reichhaltigkeit normale bezw. Kernschwund darbietende Rundzellen und in Coagulationsnekrose begriffene Epithelzellen vorfanden«. Das feste Haften der Plaques erklärt sich theils durch die Betheiligung des Epithels an der Bildung der Pseudomembranen, theils durch die in die Pseudomembranen hineinreichenden Papillen der Mundschleimhaut.

Der Process ist somit als ein pseudodiphtherischer im Sinne Weigert's anzusehen.

Die bakteriologische Untersuchung zeigte zweimal das Vorkommen des sonst seltenen Staphylococcus pyog. citreus (Passet), einmal wurde Staphylococcus pyog. flavus gezüchtet. Die Versuche, durch Kulturaufschwemmungen des ersteren in der Mundhöhle von Kaninchen und Meerschweinchen irgend welche krankhaften Zustände an der Mundhöhlenschleimhaut zu erzeugen, blieben erfolglos.

M. Cohn (Hamburg).

15. Dutil. Hystérie saturnine. Monoplégie brachiale.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 43.)

Ein 36jähriger Maler, aus einer erblich nicht belasteten Familie stammend, war vor 6 Jahren zum ersten Male an Bleikolik erkrankt, deren Erscheinungen nach 2 Tagen im Spital beseitigt waren. Als er am nächsten Morgen aufstehen wollte, war er von einer linksseitigen Hemiplegie befallen, welcher irgend eine Aura nicht voraufgegangen war. Der Pat. wurde vollkommen geheilt. 1883, 1884 und 1886 hatte er wiederum Anfälle von Bleikolik, jedoch ohne Störungen in der Motilität oder Sensibilität. 3 Wochen vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus bemerkte er bei der Arbeit Schmerzen und Ameisenlaufen im linken Arm; letzterer wurde in kurzer Zeit zur Arbeit untauglich. Bewusstseinsverlust, Krämpfe etc. hatten niemals bestanden. Der Status praesens ergab schlaffe Lähmung des linken Armes. Messung mit dem Dynamometer ergiebt für die rechte Hand 47 k, für die linke 0. Die Sehnenreflexe des linken Armes sind sehr schwach; elektrische Erregbarkeit leicht herabgesetzt. Sensibilität des linken Armes auf Berührung und Temperaturreize sehr vermindert, auf Schmerz erhalten. Gehörschärfe links herabgesetzt, Geruch und Geschmack normal. Augenuntersuchung wurde nicht ausgeführt, da links Hornhauttrübungen vorhanden waren. Der Zustand besserte sich im Laufe der Zeit etwas. Dynamometer links 11 k. Der Pat. wurde vor der vollständigen Heilung auf seinen Wunsch entlassen. **G. Meyer** (Berlin).

16. von Krzywicki. 29 Fälle von Urogenitaltuberkulose, darunter 1 Fall von Tuberkulose beider Ovarien.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. III. p. 297.)

Wie Verf. selbst sagt, beabsichtigt diese Arbeit nicht etwas »Neues« zu bringen, sondern nur der pathologisch-anatomischen Wissenschaft als Material zu dienen. Dieser Zweck ist im vollsten Maße dadurch erreicht, dass die Sektionspräparate, so weit es ihre Konservirung zuließ, histologisch und bakteriologisch untersucht wurden. Die sehr interessanten Einzelheiten sind im Original einzusehen. **Hansemann** (Berlin).

17. A. Schoenfeldt. Über multiple Hirn-Rückenmarksklerose nebst Angabe zweier Fälle bei Kindern nach Diphtherie.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die multiple Hirn-Rückenmarksklerose schildert Verf. zwei von ihm bei Kindern nach Diphtherie beobachtete

Fälle der Affektion (Material von Mendel). Der erste, 15jährige Pat., hatte im 9. Lebensjahre Diphtherie; nicht lange nachher Intentionszittern, Parese, Gehstörung in den Beinen. Mehrere Jahre lang bleibt dieser Zustand bestehen, daneben geringe geistige Entwicklung, Schwindelanfälle, Sprachstörungen. Seit 2 Jahren verschlechterte sich der Gang, seit einigen Wochen Besserung des Intentionszittern. Dann wurde beobachtet: Steigerung des Patellarreflexes, Nystagmus, Dyschromatopsie; dabei fehlen Sensibilitäts- und trophische Störungen.

Der zweite Fall betraf ein 11jähriges Mädchen, welches im 8. Jahre Diphtherie durchmachte. Einige Wochen später begann auch hier der beschriebene Symptomenkomplex in ziemlich analoger Weise sich zu entwickeln.

Der erste Fall bot noch besonderes Interesse durch eine vielleicht dabei beginnende Bulbärparalyse. **G. Meyer** (Berlin).

18. C. Focke. Über die Bedeutung des Schrecks für die Ätiologie der multiplen Sklerose.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Verf. hat auf der Klinik für Nervenkranke von Westphal 4 Pat., die an multipler Sklerose litten (ein Fall mit Obduktion), genau beobachtet. Auf Grund seiner Untersuchungen und der Betrachtung einer größeren Anzahl aus der Litteratur gesammelter Fälle hält er sich für berechtigt, über genannte Erkrankung Folgendes auszusprechen:

1) Die nach Schreck entstehenden Krankheiten sind meistens Neurosen und ist bei Stellung der Diagnose diese Möglichkeit stets in Erwägung zu ziehen.

2) Nach heftigen psychischen Insulten können im Centralnervensystem auch tiefgreifende Läsionen organischer Art entstehen, und zwar nicht selten in der Form der Sclerosis cerebrospinalis multiplex.

3) Auch bei physischen Traumen ist die nachfolgende Erkrankung wesentlich auf Rechnung des gleichzeitig stattfindenden psychischen Insults zu setzen.

4) Die Wege, auf welchen die psychische Erschütterung zu einer das Organ schädigenden wird, sind nicht mit Sicherheit anzugeben; doch muss in jedem Falle eine Störung des gesammten Gefäßapparates angenommen werden.

5) Das klinische Verhalten der Pat., dass nämlich in einem Theil der Fälle die Krankheit sehr akut, in einem anderen Theil sehr allmählich beginnt, spricht schon dafür, dass jene Cirkulationsstörung einmal mehr in den Endapparaten der Cirkulation selbst, den kleinen Gefäßen der Neuroglia, ein anderes Mal mehr im nervösen Parenchym eine Schädigung zur Folge hat.

6) Bestätigt wird diese klinisch-theoretische Auffassung durch die histologischen Befunde in so fern, als bald hauptsächlich die Neuroglia oder die in ihr verlaufenden kleinen Gefäße alterirt gefunden werden (Myelitis acuta und chronica), bald hauptsächlich die nervösen Elemente (reine Ernährungsstörung).

7) Der Grund dafür, dass gerade bestimmte Individuen nach Schreck an multipler Sklerose erkranken, ferner bei dem betreffenden Individuum gerade bestimmte Partien im Hirn und Rückenmark erkranken und in den betreffenden Partien die Erkrankung gerade ein bestimmtes Gewebe vorzüglich ergreift, ist großentheils in der verschiedenen speciellen Disposition zu suchen.

G. Meyer (Berlin).

19. Oppenheim. Über die Poliomyelitis anterior chronica.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XIX. Hft. 2.)

Ein durch Dauer der Beobachtungszeit, Exaktheit der Untersuchungsmethoden und pathologisch-anatomische Bestätigung ausgezeichneter Fall:

52jährige Frau, früher stets gesund, erkrankt mit Schwäche im rechten Arm, die nach 14 Tagen das linke Bein, einige Monate später linken Arm und rechtes Bein befällt, rechts allmählich zunimmt. Schmerzen, Parästhesien, Blasen- und Mastdarmstörungen, Gehirnsymptome fehlen stets; dagegen Abnahme der gelähmten Muskeln an Volumen.

Die Krankheitserscheinungen betreffen ausschließlich die motorische Sphäre,

Muskellähmung und Muskelentartung sind die einzigen Symptome. Die Lähmung ist eine schlaffe, die Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten ungleichmäßig betreffende.

Die elektrische Untersuchung erweist Entartungsreaktion in verschiedener Intensität.

In den gelähmten Muskeln fibrilläre Zuckungen. Kniephänomen erhalten, Hautreflexe aufgehoben.

Gehen sehr erschwert, nur durch Hilfe der Beckenmuskeln möglich.

Kein Fieber, keine Erkrankung der Brust- und Bauchorgane.

Allmähliche Zunahme der Lähmungserscheinungen an Intensität und Ausbreitung; Zunahme der elektrischen Degenerationszeichen; Schwinden des Kniephänomens. Zuletzt Respirationsbeschwerden. 3 Jahre nach Beginn der Erkrankung Tod an einem Erstickungsanfall.

Lange fortgesetzte centrale und peripherische elektrische Behandlung war ohne jeden Erfolg geblieben.

Die Autopsie ergab eine reine Vorderhornerkrankung, charakterisirt durch einen nahezu totalen Schwund der Ganglienzellen in allen Höhen und sklerotische Entartung der Grundsubstanz. In der Lendenanschwellung war der Process noch weiter ausgebildet als im Halstheil, nach oben zu verfolgen bis zur Pyramidenkreuzung; auch Hypoglossus- und Accessoriuskern lassen eine leichte Atrophie erkennen.

Hinterhörner, Clarke'sche Säulen, weiße Substanz, Kerne und Wurzeln der Hirnnerven normal. Muskelentartung makroskopisch stärker auffallend, als zu erwarten gewesen wäre; mikroskopisch bedeutende Verschmälerung der Fasern und Kernwucherung in denselben, ohne wesentliche Veränderung der Grundsubstanz.

Im Ganzen geringe Atrophie der peripherischen Nerven, unerhebliche Degeneration der vorderen Wurzeln. **M. Cohn** (Hamburg).

20. de la Genière. Cécité subite consécutive à une plaie encéphalique par arme à feu.

(Union méd. 1888. No. 89.)

Ein 41jähriger Mann, Paralytiker im ersten Stadium, schoss sich mit einem Revolver in die rechte Schläfengegend. Beträchtliche Blutung, Anschwellung des Gesichts und totaler Verlust der Sehkraft war die Folge der Verletzung. Die Kugel wurde nicht aus der Schädelhöhle entfernt. 5 Tage nach dem Conamen suicidii begann links die Sehkraft sich wieder einzustellen, rechts dagegen bestand noch fast totale Blindheit. Die Beweglichkeit der Augen ist erhalten: die motorischen Augennerven waren also nicht verletzt, eben so wenig die Orbita, da das Sehen beiderseits zerstört gewesen war. In der äußeren Hälfte des linken Auges ist ein Skotom. Die rechte Pupille ist erweitert, bleibt auf Lichteindruck unbeweglich; links ist etwas Lichtreflex vorhanden. Es besteht also eine Ophthalmoplegia iridociliaris interna (Mauthner). Aus allen Symptomen bei dem Pat. glaubt Verf. auf eine Verletzung des rechten optischen Centrums schließen zu können, welches in den beiden ersten Occipitalwindungen und Cuneus gelegen ist. Obwohl die Verletzung einseitig ist, hat sie doch bilaterale Sehstörungen verursacht.

G. Meyer (Berlin).

21. Fredet. Un cas de syphilis infantile tardive. — Contamination de la nourrice.

(Union méd. 1888. No. 99.)

Ein Kind, welches gleich nach der Geburt mit einem Gesundheitsatteste in eine Kinderbewahranstalt aufgenommen war, wurde einer Amme zum Stillen übergeben. Nach 4 Monaten, in welchen nichts Auffallendes vorgekommen war, bekam das Kind einen ulcerös syphilitischen Ausschlag an den Beinen, Papeln im Munde und am Hoden, Choryza und doppelseitige Blepharo-Conjunctivitis. Die Amme hatte an jeder Brustwarze eine mäßig tiefe Ulceration, die fast wie gewöhnliche Schrunden aussahen. Es bestand Achseldrüsenschwellung; sonst war nirgends am Körper der Amme etwas von alter oder frischer Lues zu finden. Jene Ulce-

ntienen an den Warzen waren specifische Schanker. Kind und Amme wurden einer antisyphilitischen Behandlung unterzogen. Sehr leicht konnten in diesem Falle und ähnlichen jene Initialsklerosen bei der Amme für gewöhnliche Schrunden gehalten werden, besonders wenn die Anamnese nicht bekannt gewesen wäre, ein Irrthum, welcher verhängnisvolle Folgen haben kann. **G. Meyer** (Berlin).

22. **Keferstein** (Altdolbern). Über Kreosotverordnung.

(Therapeutische Monatshefte 1888. September. p. 419.)

K. empfiehlt statt der Bouchardat-Fräntzel'schen Mixtur die folgende Formel, welche besser aussehen, schmecken und riechen soll:

Kreosot	1,3
Spir. vin. rectif.	25,0
Aq. cinnamom.	100,0
Syrup. cinnamom.	25,0.

MDS. 3mal täglich 1 Esslöffel, jede Woche um 1 Esslöffel steigend.

Ziemlich gute Pillen erhält man nach folgendem Recept:

Kreosot	4,0
Pulv. rad. Althae	
Succ. Liqu. depur.	ää 6,0
Mucil. gi. arab. q. s. pil. No. 120	
(eventuell Obducant. gelatin.).	

3mal täglich 6 Pillen (6 Pillen = 0,2 Kreosot);

oder bei starkem Hustenreiz und Diarrhoe:

Kreosot	1,0
Plumb. acet.	
Opii pur.	ää 0,3
Succ. Liq.	6,0
Mucil. gi arab. q. s. pil. No. 50.	

S: 3mal täglich 5 Pillen (5 Pillen = 0,1 Kreosot).

In Emulsion (auch in geringen Dosen für die Kinderpraxis) giebt K. Kreosot folgendermaßen:

Kreosot	1,3
Solve in	
Ol. amygdal.	30,0
Gi arab.	20,0
Aq. destill.	100,0
M. f. emulsio, adde	
Tinct. aurant. compos.	1,0
Elaeosach. Menth. pip.	4,0.

MDS.: 2—5mal täglich 1 Esslöffel (1 Esslöffel = 0,1 Kreosot).

Endlich in Tropfen:

Kreosot	3,0
Tinct. cinnamom.	30,0

MDS.: 3mal täglich 50 Tropfen in warmer Milch, Haferschleim, Zuckerwasser, oder aber in Sherry, Malaga, Glühwein (alkoholreiche Flüssigkeiten, in denen die Tropfen verabreicht werden, können kalt sein, die anderen müssen warm sein, damit wirklich Lösung erfolgt), 25 Tropfen sind = 0,1 Kreosot.

A. Freudenberg (Berlin).

23. **M. Hirsch.** Über subkutane Bluttransfusion nach der v. Ziemssen-schen Methode.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 39.)

Verf. hat die hypodermatische Injektion defibrinirten Menschenblutes nach v. Ziemssen in 4 Fällen angewendet. Bei dem 1. Falle (schwere essentielle Anämie) trat vollständige Genesung ein (Zählungen der Blutkörperchen, so wie Hämoglobinbestimmungen sind nicht mitgetheilt; Ref.), bei den 3 anderen Fällen (Lues mit Anämie, Tuberkulose mit Anämie, Meliturie-Anämie) jedoch nur vorübergehende Besserung. Im letzten Falle wurde Kochsalz- und Bluttransfusion ohne Nachtheil in rascher Aufeinanderfolge vertragen. **Löwit** (Innsbruck).

24. Niesel. Über die Anwendung der Kamphersäure bei Katarrhen verschiedener Schleimhäute.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 40.)

Die Kamphersäure wurde auf der medicinischen Klinik von Prof. Mosler in Form von Inhalations-, Gurgel- und Pinselwasser, sodann zur Blasenausspülung und zum Aussprayen der Nase verwendet. Wegen der Schwerlöslichkeit des Medikamentes wurden Glycerinemulsionen benutzt, die mit Glycerin oder Wasser weiter verdünnt werden konnten, oder alkalische Lösungen (Zusatz einer 5 %igen Natr. bicarb.-Lösung so lange, bis sämmtliche Kamphersäure gebunden war). Der Procentgehalt dieser Lösungen betrug 0,5—1,0 (bei Lungentuberkulose 2—4 %). Unter 11 mit Pinselungen und Aussprayen behandelten Fällen befanden sich 3 Fälle von Larynxtuberkulose, 3 Fälle von subakuten Katarrhen des Kehlkopfes und der Nase, in den anderen Fällen handelte es sich um ältere und schwerere Laryngitiden und Rhinitiden. Eine vollständig befriedigende Wirkung konnte nur bei den leichteren Erkrankungen konstatirt werden. Günstig waren die Erfolge der Inhalationen mit 1 %iger alkalischer Kamphersäurelösung bei Phthisis und chronischer Bronchitis und der Ausspülungen mit 0,5—1 %iger Lösung bei 2 Fällen von chronischer Cystitis.

Zur internen Behandlung dürften sich vor Allem die Nachtschweiße der Phthisiker empfehlen mit einer Dosis der Kamphersäure von 1,0—2,0.

Seifert (Würzburg).

25. Gründler. Über Pasten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888. No. 20.)

Als aufsaugungsfähigster Zusatz zu Pasten erwies sich Magnesia carbonica. Es folgen dann in absteigender Linie Kieselgur, Bolus alba, Zinkoxyd, Amylum und zuletzt Calcaria carbonica, Talcum, Kreide, Lycopodium.

Da die Magnesia carbonica jedoch zu wenig »Körper« besitzt, um eine gute Pastengrundlage zu bilden, so muss man noch andere Pulver, wie Kieselgur, Bolus, Kreide zusetzen. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

26. Jäger. Über Karbolsäurevergiftung.

(Med. Korrespondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins Bd. LVIII. No. 29. September 3.)

Ein an doppelseitiger Pneumonie leidendes 6 Wochen altes Kind bekam durch eine Verwechselung der Wärterin anstatt der verschriebenen Mixtur eine nur kleine Quantität 90 %iger Karbolsäure mittels eines durchlöcherten Gummisaugpfropfens eingegeben. Durch das sofortige Geschrei des Kindes wurde die Wärterin auf den Irrthum aufmerksam, so dass außer einigen Ätzungen der Haut der Wange die Schleimhaut des Mundes nur bis zum weichen Gaumen derart verändert war, dass sie eine weiße Farbe hatte (Schorf) und bei Berührung sich leicht in kleinen Fetzen ablöste. Das Kind starb 30 Stunden nach der Eingabe der Karbolsäure; wie in dem gerichtlichen Gutachten betont wurde, an der schweren Lungenentzündung und nicht durch die Vergiftung, da es weder bewusstlos geworden war, noch Konvulsionen bekommen hatte und auch bis gegen den Exitus hin ganz gut schlucken konnte. Bei der Sektion waren in Speiseröhre und Magen keine Verätzungen nachzuweisen, eben so war auch die chemische Untersuchung der Magen- und Darmcontenta, des Urins auf Karbolsäure erfolglos. Im Anschluss an diesen Fall giebt J. eine Zusammenstellung von 19 Fällen von Karbolsäurevergiftung, darunter 4 Wöchnerinnen; in 10 von diesen 19 Vergiftungsfällen trat der Tod ein. Schließlich plaidirt J. dafür, die Karbolsäure dem Handverkauf zu entziehen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. Sonnabend, den 9. März. 1889.

1. Schäfer. Experiments on the electrical excitation of the visical area of the cerebral cortex in the monkey.

(Brain 1888. April.)

2. Ferrier. Schäfer on the temporal and occipital lobes.

(Ibid.)

S. erweitert seine früheren Angaben über das Sehcentrum beim Affen. Das ganze Sehfeld — welches umfasst: die gesammte Rinde des Occipitallappens, den hinteren Rand des G. angularis und das obere Ende der mittleren Schläfenwindung — giebt bei elektrischer Reizung Déviation conjuguée der Bulbi nach der entgegengesetzten Seite. Mit der seitlichen ist eine Bewegung nach abwärts verbunden, wenn die Reizstelle innerhalb eines Bezirks liegt, welcher den hinteren Rand des G. angularis und den anstoßenden Theil der zweiten Schläfenwindung, den unmittelbar hinter der Fiss. parieto-occip. ext.

gelegenen Theil der Konvexität des Hinterhauptlappens, so wie den vorderen und oberen Abschnitt der medialen Fläche derselben vor und unmittelbar hinter der Fiss. parieto-occip. int. umfasst (»obere Zone«); mit der seitlichen ist eine Aufwärtsbewegung verbunden, wenn die Reizstelle innerhalb eines Bezirks liegt, welcher das hintere Ende, die basale Fläche und die hintere und untere Partie der medialen Fläche des Hinterhauptlappens umgreift (»untere Zone«); die Bewegung ist eine rein seitliche bei Reizung der übrigen konvexen Oberfläche des Occipitallappens (»intermediäre Zone«).

Diese Augenbewegungen sind aufzufassen als Begleiter oder Resultat von subjektiven Gesichtsempfindungen in Folge von Reizung der Sehsphäre und »die Bewegungen nehmen die Richtung an, in welche diese Empfindungen verlegt werden«. Es ist daher die ganze Sehsphäre einer Hemisphäre verbunden mit der gleichseitigen Hälfte beider Retinae; die »obere Zone« mit dem oberen, die »untere« mit dem unteren Quadranten, die »intermediäre« mit dem mittleren Antheil der entsprechenden Hälfte beider Retinae. Das Rindenfeld für das centrale Sehen befindet sich auf der medialen Fläche des Hinterhauptlappens. —

F. polemisirt gegen S. und hält in einer scharfen Kritik von dessen Angaben über die Indifferenz des Schläfelappens in Bezug auf die Lokalisation des Gehörs, Geruchs und Geschmacks (s. Brain 1888 Januar und das Ref. in d. Centralbl. 1888 No. 49) an seinem bisherigen bekannten Standpunkt fest. Er wirft S. ungenaue Beobachtung seiner Versuchsthiere und unrichtige Wiedergabe der durch die Operationen gesetzten Defekte vor. Elektrische Reizung der oberen zwei Drittel der oberen Schläfenwindung sei stets von der für das Hören charakteristischen Retraktion des kontralateralen Ohres begleitet. Auch daran hält F. fest, dass Zerstörung des corticalen Sehfeldes einer Seite nicht Hemianopsie, sondern kontralaterale totale Blindheit zur Folge habe.

Bereits früher publicirte Versuchsprotokolle werden — an die Adresse S.'s — beigegeben. **Tuczek** (Marburg).

---

3. A. Pitres. Étude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou Jaksonienne.

(Revue de méd. 1888. No. 8. August 10.)

Im Anschluss an die klinischen Erfahrungen, die über die larvirten Anfälle oder die klinischen Äquivalente der Epilepsie gewonnen worden sind, giebt Verf. eine Zusammenstellung der bisher wenig gewürdigten Äquivalente der Jackson'schen Epilepsie. Er theilt diese Äquivalente in 2 Gruppen: 1) die psychisch-sensoriellen und 2) die paralytischen, von denen die ersteren wieder in 3 Unterarten: die sensitiven, die sensoriellen und die psychischen Äquivalente zerfallen. 1) Psychisch sensorielle Äquivalente. In den Gliedern, die sonst von dem Insult betroffen werden, spüren die Pat. Taubsein,

Ameisenlaufen, Prickeln, Kälte. Diese Parästhesien treten einerseits während des Krampfanfalles auf, laufen mit ihm ab oder überdauern ihn eine Zeit lang, andererseits erscheinen sie völlig isolirt. Andere empfinden bunten oder grellen Lichtschein oder starke Geräusche, ohne dass Konvulsionen bei allen diesen Erscheinungen vorangehen oder folgen. Bei einigen treten überhaupt die motorischen Symptome nicht in Erscheinung. So verbreitete sich bei einem Pat. Kribbeln und Prickeln von der rechten Hand in wenigen Minuten über Arm und Gesichtshälfte derselben Seite, dauerte 2 Minuten und hinterließ als Folge Taubsein der rechten Hand während der Dauer einer Stunde. Das Bewusstsein ist in allen Fällen völlig erhalten. Diese Form von Jackson'scher Epilepsie ist wenig bekannt; Charcot beschrieb unter dem Namen »Épilepsie partielle sensitive« zwei Fälle. Bei einigen Pat. treten neben den oder ohne die beschriebenen Erscheinungen Anfälle von Hallucinationen im Bereich der einzelnen Sinnesorgane auf. Ferner kommt es, wenn auch nur sehr selten, und zwar bei der traumatischen Form der Jackson'schen Epilepsie, zu maniakalischen Erregungszuständen, die sich in Schreien, heftigem Toben, Ideenflucht, ja selbst instinktiven Zwangshandlungen äußern. 2) Paralytische Äquivalente. Man beobachtet transitorische Lähmungen einzelner Glieder oder einer ganzen Körperhälfte, die nach einem epileptischen Insult oder häufig auch ohne jede Spur eines solchen auftreten können. Die Dauer derselben erstreckt sich meist von wenigen Minuten bis zu einer halben Stunde; dieselben können sich mehrmals täglich wiederholen und sind öfters mit Aphonie komplicirt. Diese Art von Äquivalenten tritt meist bei Gehirnsyphilis in Erscheinung. Die Diagnose aller dieser Äquivalente als larvirte Anfälle von Jackson'scher Epilepsie wird dadurch gesichert, dass stets das Bewusstsein intakt bleibt. Eine hinreichende Erklärung über den Mechanismus dieser eigenthümlichen Vorgänge in der Rinde vermag Verf. nicht zu geben, eben so wenig sind sie in den Rahmen der Jackson'schen Theorie einzupassen.

A. Neisser (Berlin).

---

4. B. Baginsky. Über den Menière'schen Symptomenkomplex.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 45 u. 46.)

B. unterzieht die Lehre von der Menière'schen Krankheit einer kritischen Besprechung.

Die Krankheit äußert sich bekanntlich in der Regel so, dass ein früher gesundes Individuum plötzlich ohne nachweisbare Ursache von abnormen Ohrgeräuschen mit intermittirendem oder kontinuirlichem Charakter befallen wird, zu denen sich mehr oder weniger erhebliche Gehörstörungen gesellen. Gewöhnlich sind hiermit verbunden Schwindel, Übelkeit, Erbrechen mit mächtigem Angstgefühl, bleichem Gesicht und starkem Schweiße. Diese Anfälle wiederholen sich häufig und verschwinden nur selten wieder. Die Unter-

suchung des Gehörorgans ergiebt in der Regel keine nachweisbare Veränderung.

Die Ursache dieses Leidens suchte Menière auf Grund eines Obduktionsbefundes in einer Erkrankung des Labyrinths und besonders der halbzirkelförmigen Kanäle. Er fand nämlich bei einer am 5. Tage nach Beginn der Krankheit verstorbenen Pat. keine Veränderung im Hirn und Rückenmark, dagegen die halbzirkelförmigen Kanäle erfüllt mit einer blutigen Exsudationsmasse.

Als Menière das erwähnte Krankheitsbild mit den gefundenen Veränderungen in den halbzirkelförmigen Kanälen in Verbindung brachte, stand er unter dem Einfluss der bekannten Flourens'schen Versuche, nach welchen die Durchschneidung der Bogengänge des Labyrinthes eigenthümliche pendelartige Bewegungen des Kopfes zur Folge hat.

Goltz erweiterte diese Versuche und sah in den Bogengängen eine Art Sinnesorgan für das Gleichgewicht des Kopfes.

Dagegen gewannen Böttcher und später B. auf Grund ihrer Experimente die Anschauung, dass nicht die Verletzung der Bogengänge, sondern eine nothwendige Mitverletzung der Kleinhirnschenkel die Ursache der Bewegungsstörungen sei. Desshalb sieht nun B. die physiologische Grundlage für die Erklärung des Menière'schen Krankheitsbildes erschüttert und unterzieht auch unsere klinischen Kenntnisse der Krankheit einer kritischen Prüfung. Dabei findet er, dass die meisten Fälle, darunter auch der zur Sektion gekommene von Menière, ungenügend beobachtet worden seien.

Um Klarheit in die Pathogenese der Menière'schen Krankheit zu bringen, müssen wir uns fragen, ob Labyrintherkrankungen und besonders solche, welche die Bogengänge allein betreffen, Veranlassung zum Menière'schen Krankheitsbilde geben.

Zunächst ist zu bemerken, dass das Gehörvermögen bei der Menière'schen Krankheit erheblich leidet und dass dieser Umstand mit Erkrankung der Bogengänge allein nicht in Verbindung gebracht werden kann. Ferner beweisen Fälle von Lucae und von Politzer, dass Läsionen resp. vollständiger Ausfall der Bogengänge nicht von Menière'schen Erscheinungen begleitet zu sein brauchen. Auch in Fällen von Verletzung des Labyrinths in Folge von Bruch des Felsenbeins und in Folge von Unglücksfällen bei Operationen an diesem Knochen sind Menière'sche Erscheinungen beobachtet worden und man hat in solchen Befunden eine Stütze für Menière's pathogenetische Anschauung zu finden geglaubt. Bei genauerer Prüfung ergiebt sich jedoch, dass in allen diesen Fällen gleichzeitig erhebliche Veränderungen am Gehirn zu Stande gekommen waren, welche die Symptome vollständig erklärten. Auch entzündliche Veränderungen im Labyrinth haben nicht immer Menière'sche Erscheinungen zur Folge. Nur in 12 von 46 Fällen von Labyrinthnekrose waren Schwindelerscheinungen nachweisbar. Auch in diesen 12 Fällen

war die Ursache der Schwindelerscheinungen wahrscheinlich auf Reizungen der Dura mater und benachbarter Gehirntheile zurückzuführen.

Demnach erbringen auch die klinischen Thatsachen keinen Beweis für die Abhängigkeit des Menière'schen Krankheitsbildes von Erkrankungen des Labyrinths. Vielmehr scheint es, dass die Ursache dieses Krankheitsbildes meistens in Hirnaffektionen zu suchen ist, welche sich mit Gehörstörungen verbinden. Dass aber Tumoren oder entzündliche Processe in der hinteren Schädelgrube mit abnormen Ohrgeräuschen, Taubheit und Schwindelerscheinungen verlaufen können, ist bekannt. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

---

5. **Martin de Gimard.** Du purpura hémorrhagique primitif ou purpura infectieux primitif.

Thèse, Paris, G. Steinheil, 1888.

Es giebt unter den zahlreichen mit dem Namen Purpura belegten Affektionen eine, welche ganz für sich allein, nicht als Komplikation einer anderen Erkrankung auftritt. Sie entwickelt sich ohne nachweisbare Ursache bei ganz kräftigen als auch bei schwächlichen Individuen. Ihr Hauptsymptom besteht in Hämorrhagien, besonders der Haut; fast immer ist Fieber oder fieberhafte Anfälle und Erscheinungen von Entzündung damit verbunden. Je nach ihrer Stärke sind die Erscheinungen sehr mäßige oder schnell tödlich verlaufende. Mittelstarke Fälle vermitteln den Übergang beider Formen. Die örtlichen Störungen können bisweilen so stark sein, dass ausgebreitete und tiefe Gangrän entsteht. Eine solche entwickelt sich spontan oder nach einem bereits sehr geringen Trauma. Auch pseudorheumatische Gelenkaffektionen wie bei Infektionskrankheiten können auftreten. Die Krankheit kommt bei schwangeren Frauen vor, bewirkt Abortus oder Frühgeburt und ist von der Mutter auf den Fötus übertragbar. Bei der Obduktion findet man stets bei hämorrhagischen Vorgängen auch Entzündungserscheinungen. Die Störungen erinnern an die bei Infektionskrankheiten vorkommenden. Verf. hält die Affektion wegen der mehrmals konstatirten Anwesenheit von Mikroorganismen im Blute der Pat. für infektiös. Der Mikroorganismus, den G. aus dem Blute züchten konnte, ist ein Mikrococcus. Wahrscheinlich sind im Niveau der Purpurflecke die Gefäße verstopft und entzündet durch Kokkenkolonien; um diese Gefäße herum ist Entzündung vorhanden, die sich durch Anwesenheit zahlreicher Leukocyten offenbart. An der Peripherie dieser Herde würde die Hämorrhagie wahrscheinlich auf mechanischem und besonders entzündlichem Wege entstehen. Die in Rede stehende Affektion ist also eine primäre infektiöse Purpura.

G. Meyer (Berlin).

---

6. **Demuth.** Beitrag zur Lehre von der Kontusionspneumonie.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 32.)

Von großem Interesse sind die Mittheilungen D.'s über Kontusionspneumonie, da sie sich stützen auf eine reiche Erfahrung und scharfe kritische Beobachtung.

Unter 604 Fällen krupöser Pneumonie (von dem Jahre 1882 an gezählt) konnte D. 10mal Kontusionspneumonie beobachten, wozu nur solche Fälle gerechnet sind, bei denen sichergestellt werden konnte, 1) dass wirklich eine traumatische Erschütterung, eine Kontusion stattgefunden hatte; 2) dass die betreffenden Pat. vorher vollständig gesund waren. Einige Krankengeschichten illustriren aufs Beste die Ausführungen des Autors.

Dem von Litten angegebenen Verhältnisse von 4,4% steht das von D. mit 1,66% als ein sehr viel niederes gegenüber, trotzdem er als Spital- und Kassenarzt in einer vorwiegend industriellen Gegend viele und mannigfache Verletzungen zu behandeln hatte. Auch sonst stellt sich D. in einigen Gegensatz zu Litten, so mit dem Ausspruche, dass es ihm nicht gelungen sei, Fälle von Entzündungen der Lunge zu beobachten, welche, in Folge von Kontusionen entstanden, in jeder Beziehung den rein krupösen an die Seite zu setzen wären.

Als unterscheidendes Merkmal gegenüber den rein krupösen Entzündungen wird hervorgehoben: das Fehlen des initialen Fieberfrostes, überhaupt das Fehlen stärkerer Fiebertemperaturen und damit das Fehlen der der krupösen Pneumonie eigenen deletären Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden, Appetit und Ernährung, ferner das Fehlen allgemeiner Schweiße; auch der Urin ist nie saturirt, enthält nie Eiweiß, nie ist die Milz vergrößert, nie Herpes labialis vorhanden, nie kritischer Fieberabfall beobachtet worden. Das Sputum hat mehr hämorrhagisches Aussehen, als es bei der genuinen Pneumonie der Fall ist, nie macht sich im weiteren Verlaufe starker Auswurf bemerkbar. Knisterrasseln fehlt im Beginne, dagegen machen sich frühzeitig Verdichtungserscheinungen bemerkbar und Bronchialathmen, aber dieses als nicht sehr scharf ausgeprägtes Bronchialathmen. Das Oppressionsgefühl ist in der Regel nicht auffallend stark.

Mit Litten nimmt D. an, dass wirkliche lobäre entzündliche Infiltration der Lunge durch Kontusion des Thorax ohne weitere Verletzung derselben entstehen kann.

Das pathologisch-anatomische Bild der Kontusionspneumonie unterscheidet sich vom hämorrhagischen Lungeninfarkte, abgesehen von dem gewöhnlich vorhandenen sonstigen Befunde, durch unregelmäßige Konfiguration der Blutinfiltration des Lungengewebes gegenüber der keilförmigen, meist gegen die Umgebung scharf abgeschnittenen Gestaltung des Lungeninfarktes. Seifert (Würzburg).

7. **L. A. Duhring.** On the diagnosis of Dermatitis herpetiformis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1888. Februar.)

Unter dem Namen Dermatitis herpetiformis hat der bekannte amerikanische Dermatologe D. zuerst im Jahre 1884, dann in einer Reihe weiterer Mittheilungen einen Symptomenkomplex beschrieben, welchen er von allen bekannten Hautaffektionen als eine streng abzusondernde typische Erkrankung aufgefasst wissen will. Um die vielfachen irrigen Auffassungen, welche sich in der letzten Zeit über die Derm. herp. gebildet haben, richtig zu stellen und die von mehreren Seiten (z. B. auch von Kaposi) geäußerten Zweifel an der Existenz einer solchen Krankheit überhaupt zu zerstreuen, fasst D. die hauptsächlichen, zur Diagnose wichtigen Erscheinungsformen derselben in der vorliegenden Abhandlung noch einmal zusammen. Das wesentlichste charakteristische Merkmal der Krankheit ist ihre Polymorphie, da das Exanthem in Form von Bläschen, Blasen oder auch von Pusteln auftritt, so dass es bald ein vesikulöses Ekzem, bald einen Pemphigus vortäuschen kann. Die häufigste Form ist die Mischeruption, d. h. das gleichzeitige Auftreten der verschiedenen Typen. Varietäten sind ferner die erythematöse und papulöse Form. Die Bläschen tragen durchweg einen herpetischen Charakter, sie stehen zumeist gruppenförmig gereiht, auf erythematösem (Grunde, sind prall gespannt, ohne Neigung zu spontaner Ruptur. Die Affektion selbst zeigt einen deutlich chronischen Verlauf, der sich oft auf Jahre erstreckt; die einzelnen Eruptionen treten in Form von zumeist deutlich abgegrenzten Anfällen auf, jeder dauert 2—6 Wochen, dann folgt wieder ein fast völliger Stillstand für Wochen und Monate. Die Art des Exanthems ist nicht stets dieselbe; so traten z. B. bei einem Kranken zuerst Bläschen auf, denen am 6. Tage Blasen folgten; der 2. Anfall kurze Zeit später war pustulöser Natur, der 3. vesikulös, bullös, vesiko-bullös und bullös, der 4. vesiko-pustulös und so fort. In einem anderen Falle 1. Anfall Erythem-Urticaria, 2. Anfall Pusteln, 3. Anfall vesikulös-bullös, 4. Anfall vesikulös-pustulös, die folgenden vesiko-pustulös, vesiko-papulös, pustulös, erythematös, pustulös, vesikulös-bullös, vesikulös — also völlig launenhaft. Die Eruptionen entwickeln sich binnen wenig Tagen, in 1 bis 2 Wochen treten immer neue hinzu, dann tritt ein Nachlass ein und die Affektion geht meist schnell zurück. An den erkrankten Stellen bleibt lange Zeit Pigment liegen. Die beiden Krankheiten, welche der Dermat. herpet. am nächsten stehen und mit denen dieselbe am leichtesten verwechselt werden könnte, sind das Erythema exsudativum multiforme und der Herpes iris. Von der ersteren unterscheidet sie sich jedoch durch den chronischen Verlauf und die weniger scharfe Begrenzung der Efflorescenzen, von der letzteren ebenfalls durch den chronischen Verlauf (D. scheint chronischen Herp. iris nicht zu kennen), durch die stark ausgesprochenen subjektiven Symptome, die ausgedehnte Verbreitung und den stärker her-

vortretenden tiefer greifenden entzündlichen Charakter der Eruptionen. Die bullöse Form kann nur dann mit Pemphigus vulg. verwechselt werden, wenn sie für sich allein besteht; das Auftreten von Mischformen macht einen Irrthum unmöglich. **A. Blaschko** (Berlin).

---

8. Fifty-Sixth Annual Meeting of the British Medical Association held in Glasgow, 7.—10. August 1888.

(Brit. med. journ. 1888. November 24.)

(Fortsetzung.)

In der Sektion für Kinderkrankheiten sprach W. B. Cheadle über Rachitis. Dass diese Krankheit nicht allein in Veränderungen in den Knochen besteht, erkennt man an der Verminderung der Muskelkraft, die bisweilen so erheblich ist, dass sie Lähmungen vortäuschen kann; an der Erschlaffung der Bänder der Wirbelsäule, wie der Knie- und Fußgelenke, an der Neigung der Schleimhäute zu Erkrankungen (Bronchitis, Diarrhoe), an den profusen Schweißen, der Anämie, und der abnormen Reflexerregbarkeit, welche zu Laryngismus und Konvulsionen führt. Es kann daher keine Theorie, welche nur die Knochenveränderung in Betracht zieht, die Ursachen der Krankheit aufklären.

Die Ansicht, dass die Krankheit eine Manifestation kongenitaler Syphilis sei, ist nicht haltbar, da in den meisten Fällen nicht der geringste Verdacht auf hereditäre Lues gerechtfertigt ist und andererseits viele kongenital Syphilitische nicht an Rachitis erkranken, und weil solche Fälle, in denen hereditäre Syphilis nachgewiesen werden kann, besondere Merkmale bieten, und zwar Kraniotabes, Verdickungen an den Schädelknochen und vielleicht Vergrößerung von Leber und Milz.

Bei schlechten äußeren hygienischen Verhältnissen (Mangel an Licht, frischer Luft, Reinlichkeit, genügender Kleidung) tritt Rachitis häufiger und schwerer auf, aber diese Schädlichkeiten allein verursachen die Krankheit nicht.

Die einzige essentielle Ursache der Rachitis liegt in der Ernährung und zwar nicht in der Menge der Nahrung — halb verhungerte Kinder brauchen nicht rachitisch zu werden und überfütterte können der Krankheit verfallen —, sondern in der Art derselben. Die Krankheit befällt nur künstlich ernährte Kinder, Brustkinder nur, nachdem sie entwöhnt sind, mögen sie vorher auch in den schlechtesten äußeren Verhältnissen gelebt haben. Schon lange hat man erkannt, dass stärkemehlhaltige Nahrung zu Rachitis führt und hat darauf zur Erklärung der Krankheit die bekannte Milchsäuretheorie aufgebaut. Dieselbe ist jedoch aus verschiedenen Ursachen nicht haltbar (vgl. hierüber das Original). Vor Allem reicht sie nicht aus zur Erklärung der Symptome, denn sie würde nur die Knochenerkrankung erklären. Nach C.'s Erfahrungen liegt die Schädlichkeit der stärkemehlhaltigen Nahrung nicht so sehr in irgend einer bestimmten Eigenschaft derselben, als vielmehr darin, dass sie gewisse nothwendige Nahrungsstoffe nicht enthält. Die Rachitis heilt auch, wenn die stärkemehlhaltige Nahrung weiter gereicht wird, wenn man nur gleichzeitig die nöthige Menge Milch, rohes Fleisch und Rahm hinzufügt (s. u.). Auch der Mangel an Kalksalzen allein kann, wie bereits Friedleben gezeigt hat, nicht wirkliche Rachitis hervorbringen. Prüft man die Nahrung der rachitischen Kinder genauer, so stellt sich heraus, dass in derselben vorzugsweise thierisches Fett und thierische Eiweißkörper fehlen, resp. in zu geringer Quantität vorhanden sind. Die Milch, das natürliche Nahrungsmittel des Säuglings, enthält 2,7% Fett; wird diese Menge vermindert, so wird das Kind rachitisch, wie C. bei Kindern, die mit abgerahmter Milch ernährt wurden, erlebt hat. Die »Kindermehle« enthalten nur Spuren von Fett, im höchsten Fall macht das Fett bei denselben anstatt $^1/_4$ der festen Bestandtheile wie bei der Milch, $^1/_{20}$, bisweilen nur $^1/_{200}$ aus.

Diese Anschauungen C.'s werden gestützt durch Erfahrungen in dem Londoner zoologischen Garten. Es zeigte sich daselbst, dass junge Raubthiere, besonders

Löwen, rachitisch wurden in Folge von Mangel an thierischem Fett und Knochensalzen. Viele Jahre hindurch gingen alle jungen Löwen (über 20) zu Grunde, mit Ausnahme eines einzigen, der von der Alten gesäugt wurde. Die Todesursache war stets Rachitis, was namentlich durch anatomische Untersuchungen von Sutton festgestellt wurde. Man hatte den Thieren als fast ausschließliche Nahrung das Fleisch alter Pferde gereicht, das kein Fett mehr enthält; auch waren sie nicht im Stande, die harten Pferdeknochen zu zermalmen. Es entgingen ihnen also auch die Erdsalze und das Markfett. Als man nun die Knochen zerquetscht reichte, und außer dem Pferdefleisch auch noch Leberthran in Milch gab, erholten sich die gerade vorhandenen rachitischen Löwen innerhalb 3 Monaten vollständig und haben sich bis jetzt (nach 18 Monaten) trefflich entwickelt.

(Schluss folgt.)

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

Kasuistische Mittheilungen.

9. **Fabre.** Rechute, puis récidive de pneumonie.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 39.)

Ein 55jähriger Mann, der seit seiner Jugend an Intermittensanfällen gelitten, seit ca. 15 Jahren aber gesund gewesen war, erkrankte mit allgemeinem Unwohlsein, blutigen Durchfällen, Schüttelfrost. Hinten links unten waren die Zeichen der Entzündung vorhanden. Ferner bestand Husten, Auswurf etc. Die Temperatur ging langsam an 2 Tagen etwas herunter, stieg jedoch am Abend des 5. Tages wiederum bedeutend. Deutlich konnten nun im linken Oberlappen die Symptome der Pneumonie nachgewiesen werden. 10 Tage lang blieb das Fieber in ziemlich gleicher Höhe bestehen, als in der Nacht wiederum plötzlich Schüttelfrost und blutige Sputa auftraten, und sich hinten im rechten Mittellappen die Symptome der Pneumonie einstellten. Etwa 3 Wochen später verließ der Pat. das Bett und war vollkommen wieder hergestellt.

Verf. bezeichnet das Wiederauftreten der entzündlichen Erscheinungen in der linken Lunge und zwar im Oberlappen als »rechute«, während er die 15 Tage nach dem ersten Schüttelfrost erscheinende rechtsseitige Pneumonie Recidiv benennt. Interessant ist bei dem in Rede stehenden Falle, dass mit dem Ausbruch der Lungenentzündung dysenterische Erscheinungen Hand in Hand gingen, dass das Fieber einen Monat lang bestehen blieb und seine Akme um die Mitte des Tages erreichte. Besonders letzteres Verhalten erinnert lebhaft an die Sumpfpneumonien. Auch dieser Kranke hatte früher an Intermittens gelitten.

G. Meyer (Berlin).

10. **A. Pilliet.** Pleurite tuberculeuse propagée au pneumogastrique.

(Progrès méd. 1888. No. 16.)

Eine 39jährige Frau wird wegen eines Carcinom des Uterushalses aufgenommen; dieselbe ist im 7. Monat der Schwangerschaft. Sie zeigt außerdem eine während des Lebens nicht zu erklärende Aphonie, als deren Ursache sich bei der Autopsie eine auf den Vagus fortgeschrittene Entzündung von einer tuberkulösen Pleuritis ausgehend nachweisen ließ. **Ed. Krauss** (Bern).

11. **Souza-Leite.** Note sur un cas de maladie de Basedow. — Amélioration remarquable des phénomènes de la série goître exophthalmique sous l'influence d'une grossesse.

(Progrès méd. 1888. No. 35.)

Der Fall betrifft ein 27jähriges Dienstmädchen, welches seit 1884 an den Erscheinungen der genannten Krankheit (Struma, Exophthalmus, Tachycardie und Zittern) leidet und seit Oktober 1887, dem Beginn ihrer Gravidität, eine stetig zunehmende Besserung konstatiren lässt. **Ed. Krauss** (Bern).

12. **Carl Hochsinger.** Über Lungenhernie und Lungenabscess im ersten Kindesalter. (Aus dem ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitute in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 39—42.)

Die Kenntnis jener Processe, welche bei in ihrer Kontinuität erhaltener Hautdecke zu Vorwölbung der äußeren Brustwand durch Contenta der Pleurahöhle führen, ist für die Pathologie des ersten Kindesalters besonders wichtig, weil in diesem nicht bloß erworbene Veränderungen, sondern auch die Lebenszeit häufig sehr abkürzende angeborene Abnormitäten vorkommen. Die normale oder pathologisch veränderte Lunge oder ein abnormer flüssiger oder gasförmiger Inhalt der Pleurahöhle können beide intakte Pleurablätter vor sich herstülpen (Lungenbruch) oder es kann nur das parietale Blatt (perforirtes Empyem) oder nur das viscerale Blatt defekt oder perforirt sein (in die Pleurahöhle perforirter Lungenabscess) oder es sind beide Pleurablätter perforirt (nach außen perforirter Lungenabscess). Ein Lungenbruch kann normale, missbildete oder pathologisch veränderte Lunge enthalten und das Offensein der Brustwand kann ein angeborener Bildungsdefekt (»angeborene« Lungenhernie) sein oder es kann der Austritt durch eine nur zum Durchtritte von Blutgefäßen bestimmte Brustwandlücke erfolgen. Doch findet H. die Bezeichnung »angeborene« Lungenhernie unzutreffend, weil nur der membranöse Thoraxverschluss angeboren, der Bruch aber immer erworben, d. i. eine Folge des postfötalen, wechselnden endothoracischen Exspirationsdruckes ist. Nach H. wirkt auch die inspiratorische Zugwirkung der Lunge durch Dehnung der Verschlussstelle fördernd mit. Entsteht auch der Lungenbruch meist durch Husten, besonders Keuchhusten, so ist doch in manchen Fällen der Husten Folge der Lungenhernie. Die Symptome der Lungenhernie sind: weiche, von verschiebbarer, normaler Haut bedeckte, bei fehlender Verwachsung unter Knistern, leicht zusammendrückbare, exspiratorisch sich vorwölbende, inspiratorisch sich einziehende, hellen Schall und einen dem krepitirenden Rasseln ähnlichen Auskultationsbefund zeigende Geschwulst. Bei erworbenen Lungenhernien können die Rippenantheile so vollständig resorbirt sein, dass man es mit angeborenem Defekte zu thun zu haben glaubt.

H. berichtet über einen Fall bei einem 7monatlichen Kinde, bei dem ein Lungenabscess das Substrat einer Lungenhernie bildete. Als Bruchpforte diente eine nach H. durch den Druck des wachsenden Abscesses entstandene 2 cm große Usur der 6. Rippe. Beide Pleurablätter in ihrer Kontinuität erhalten, wenn auch mit einander verwachsen, es waren also in die Pleura perforirter Lungenabscess und abgesacktes Empyem auszuschließen. **K. Bettelheim** (Wien).

13. **M. J. Audry.** Cancer de la glande pituitaire observé chez un enfant.

(Lyon méd. 1888. September 16.)

6jähriges Kind. Die Erkrankung begann mit wiederholtem Erbrechen, Schwindel, intensiver Photophobie. Die Untersuchung ergab nach einigen Wochen beiderseits Blepharospasmus, totale Ophthalmoplegie, Amaurose, Neuritis optica. Rechts leichter Exophthalmus. Pupillen von mittlerer Weite. Lichtreaktion derselben aufgehoben. Mäßige Somnolenz. Gehör und Geruch intakt. Später beobachtete man eine Anästhesie der beiden Conjunctivae und Corneae, welche innerhalb einiger Tage verschwand, ferner an der Nase, der Backe, der Oberlippe und Stirn. Die Protusio bulbi nahm erst rechts, dann linkerseits den stärksten Grad an, die Augen erweichten und wurden zu ungestalteten Klumpen. Paralysen der Extremitäten traten nicht ein; kurze Zeit a. m. erschien in der linken Nasenöffnung ein rosenfarbiger Tumor.

Die Sektion ergab einen 120 g schweren, median an der Basis cranii gelegenen Tumor, welcher den Boden des 3. Ventrikels zerstört hatte, bis zu der Decke der Seitenkammervorderhörner nach oben, nach vorn bis zu der Crista galli reichte und hinten an den beiden Trigeminusstämmen seine Grenze fand. Chiasma, Glandula pituitaria, Tractus optici waren zerstört. Die Tumormassen drangen in die Orbitae, die Nasenhöhlen, linkerseits in das Velum palatinum ein.

Verf. glaubt nach den klinischen Symptomen die Glandula pituitaria als den Ausgangspunkt des Tumors ansehen zu dürfen, die mikroskopische Prüfung erwies denselben als Krebs. **J. Ruhemann** (Berlin).

14. **Paltauf.** Die spontane Dickdarmruptur der Neugeborenen.

(Virchow's Archiv Bd. CXI. Hft. 3.)

Verf. hat 4 Fälle von spontaner Dickdarmruptur beobachtet; die Befunde geben schon in so fern eine wesentliche Erweiterung der früheren Anschauungen über den Process, als in einem Falle die Ruptur am Quercolon, in einem weiteren an diesem und dem absteigenden (einbegriffen die S-Schlinge) sich befindet.

Die mikroskopische Untersuchung der betreffenden Partien zeigte Gewebsnekrose mit Thrombose der Gefäße, in deren Umgebung sich eine demarkirende Entzündung auszubilden scheint. Die Rissenden der Muscularis lagen selten frei vor, meist sind sie an die Submucosa angedrückt oder nach außen umgestülpt, mit der Serosa, die auch etwas retrahirt oder eingerollt erscheint, bedeckt, meist findet sich an dieser Stelle faserstoffig-zelliges, fest anliegendes Exsudat angesammelt.

Aus den vorliegenden Fällen geht ferner hervor, dass die Wirkung der Darmtrennung von innen nach außen sich geltend macht, und zwar nicht plötzlich zur Berstung führt, sondern schichtenweise. Diese Art der Trennung lässt ein Trauma als Ursache mit Sicherheit ausschließen, und Verf. glaubt den Process dadurch erklären zu müssen, dass die Berstung durch allzu reichliche Erfüllung des Dickdarmes mit Meconium zu Stande kommt, analog den auch bei Erwachsenen in Folge von Koprostase entstehenden Darmzerreißungen. Verf. hat auch die stercoralen Geschwüre, wie sie sich bei Erwachsenen in jenem Zustande finden, bei Neugeborenen beobachtet.

Eine lebhafte Peristaltik oder Druck auf das Abdomen können eine Ruptur wohl beschleunigen, die vorgebildete zu Ende bringen, aber sie erzeugen sie nicht ex integro. Die S-Schlinge bildet einen Locus praedilectionis für die Ruptur, vielleicht auch desshalb, weil die größte Spannung ihre Kuppe trifft (Zillner). Verf. hebt noch hervor, dass Parasiten bei dem vorliegenden Process nicht betheiligt sein können, da nach Escherich in dem normalerweise bakterienfreien Meconium Bakterien nach längstens 3 Stunden post partum zu konstatiren sind.

M. Cohn (Hamburg).

15. **A. Pilliet.** Un cas de pied-bot double congénital, avec malformations multiples.

(Progrès méd. 1888. No. 38 u. 39.)

Bei einem 24jährigen Manne finden sich folgende Erscheinungen: Schwachsinn, ausgesprochenes Stottern, doppelseitiger Klumpfuß, rechts stärker, und zurückgebliebene Entwicklung der Haare. Der Vater des Pat. war dem Alkoholgenuss ergeben. Das Stottern soll seit dem 4. Lebensjahr begonnen haben, dem Schulunterricht konnte er wegen seines Schwachsinns nicht folgen. Die Fußverkrümmung wurde erst später bemerkt.

Verf. lässt es unentschieden, ob es sich hier um ein erbliches Leiden in Folge der Intoxikation der Eltern (Alkoholismus) handelt oder um eine dem Fötus oder dem Neugeborenen zukommende Infektionskrankheit. **Ed. Krauss** (Bern).

16. **Bourneville et Sollier.** Folie de l'adolescence. Instabilité mentale. Idées vagues de persécution. — Succube.

(Progrès méd. 1888. No. 17.)

Ein 17jähriger Dachdecker wird wegen Geistesstörung im Spital aufgenommen. Seine Schwester ist an Meningitis gestorben. Pat. selbst in der Kindheit zornig, eigensinnig, unbeständig, mit 15½ Jahr der Onanie ergeben. Schlaf schlecht. Anfälle von nächtlichem und des Tages auftretendem Lachen ohne Motiv. Verfolgungswahn, Anklage gegen seine Mutter, ihn zum Beischlaf zu verleiten. Gehörs-, Gesichts-, Geruchshallucinationen und solche der allgemeinen Sensibilität. Erschei-

nungen von Depression und Erregung wechseln ab. Pat. wird schließlich geheilt entlassen. **Ed. Krauss** (Bern).

17. J. Seglas. L'hallucination dans ces rapports avec la fonction du langage; les hallucinations psycho-motrices.

(Progrès méd. 1888. No. 33 u. 34.)

Verf. kommt zu folgenden Schlussergebnissen:

1) Außer den gewöhnlichen Gesichts- und Gehörshallucinationen giebt es bei Inbetrachtnahme der Beziehungen der Hallucinationen mit den Centren der Sprache verbale, visuelle und auditive Hallucinationen. Diese Hallucinationen sind psychosensorielle im Hinblick auf die Funktionen der Centren, welche sie betreffen.

2) Die motorischen Centren der Sprache können Sitz von Erscheinungen der gleichen Art sein, unter ihnen unterscheidet man die verbalen Impulsionen, in den Fällen, wo es sich um eine ursprüngliche Läsion des Willens handelt und die eigentlichen psycho-motorischen verbalen Hallucinationen.

3) Die psychischen Hallucinationen enthalten meist ein motorisches Element. Man kann sie in 3 Gruppen scheiden. Die einen sind rein motorische verbale Hallucinationen, die anderen enthalten gleichzeitig ein sensorielles Element und sind zugleich und in verschiedener Proportion auditiv, verbal und motorisch.

Verf. bemerkt, dass in Fällen, wo diese Erscheinungen nicht sichtbar sind, sie doch existiren können, sei es, dass der Geisteszustand des Kranken sie zu zeigen nicht gestattet oder dass sie sich auf auditive oder motorische psychische Vorstellungen beschränken, ohne eine wahre Hallucination darzustellen.

Ed. Krauss (Bern).

18. Kriese. Beitrag zur Lehre von der konträren Sexualempfindung in ihrer klinisch-forensischen Bedeutung.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1888. No. 19.)

Nach einer historisch-kritischen Einleitung theilt K. einen hierhergehörigen, in der Irrenanstalt Merzig beobachteten Fall ausführlich mit. Derselbe betrifft einen 61jährigen Privatlehrer, Fr. M., hereditär belastet, seit der Kindheit an Kopfschmerzen leidend und nervös derangirt; seit dem 6. Jahre Onanist. Bei sorgfältiger Erziehung, doch zu viel Freiheit in Bezug auf Lektüre, verstärkte sich der Drang zur Onanie und stellten sich auch die Erscheinungen der Perversion des Geschlechtstriebes ein. Mannbar geworden spürte M. nicht die geringste Neigung zum weiblichen Geschlecht, verkehrte dagegen besonders mit wohlgebauten, kräftigen Knaben mit sanften blauen Augen und weichem wolligem Haar. Für solche hatte er eine schwärmerische Neigung, doch kam es dabei Anfangs nur zu Küssen, Umarmungen, keinen weiteren Excessen. Bei einer solchen Gelegenheit jedoch trat Samenerguss mit Wollustgefühl ein und von nun an »war der Päderast fertig«; M. suchte die Befriedigung seines perversen Geschlechtstriebes mit Knaben der bezeichneten Art, wo sich ihm die Gelegenheit darbot. Nur sanftmüthige blonde Knaben im Alter von ungefähr 14 Jahren reizten ihn; sobald der erste Bartflaum sprosste, der männliche Typus sich herausbildete, erlosch jede Reizung. Zum weiblichen Geschlecht fühlte sich M., weder in sexueller noch sonstiger Hinsicht hingezogen. Er selbst fühlte sich mehr als Weib, sah mit Vorliebe schöne Stickereien, beschäftigte sich mit belletristischer Litteratur, vor Allem mit Dramaturgie; er glaubte entschiedenes Talent zum Schauspieler zu haben, in welcher Meinung er durch angebliche Äußerungen von Geibel bestärkt wurde, der ihm eine besondere Begabung »für Rollen, in denen ein gestörtes Seelenleben zur Darstellung gelangt« vindicirte. Das Leben des M. war ein sehr wechselvolles; 20 Jahre brachte er in Amerika zu, theils als Privatlehrer, Lehrer an presbyterianischen Gemeindeschulen, auch als Prediger einer presbyterianischen Gemeinde; in allen Stellen zur vollen Zufriedenheit, doch stets der Päderastie huldigend. In Deutschland war er eine Zeit lang im Komptoir eines Schwagers, entzweite sich mit diesem, wollte katholisch werden etc. Wurde am 20. Mai 1887, nachdem er gegen seine Gewohnheit zwei Schoppen getrunken, wegen eines auf offener Straße gegen einen Knaben begangenen Attentates verhaftet

und aus der Untersuchungshaft als geistesgestört nach der Irrenanstalt übergeführt. Er selbst erklärte in der Folge sein Vergehen durch eine abnorme Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, nach dessen Genusse er sich stets sexuell stärker erregt fühle. In der Anstalt benahm er sich meist korrekt, zeigte ein devotes überaus höfliches Benehmen; er unterhielt sich lebhaft und fließend, besonders über Litteratur und Schauspiel, kam häufig auf seine schauspielerischen Anlagen zurück, recitirte ganze Rollen (Uriel Acosta, Macbeth, Caligula); von seinem Laster glaubte er sich geheilt und zeigte auch in der That, abgesehen von einem Annäherungsversuche an einen anderen Anstaltskranken (Paralytiker), keine weiteren Erscheinungen. Er wurde dann auch nach ungefähr 1jährigem Aufenthalte aus der Anstalt entlassen. Hinsichtlich der forensischen Würdigung des Falles in Bezug auf das begangene Delict schließt sich K. der richterlichen Auffassung an, wonach dem M. die freie Willensbestimmung zur Zeit der That wegen einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit abgesprochen und somit Straflosigkeit (aus § 51 des Strafgesetzbuches) zuerkannt wurde. **Eulenburg** (Berlin).

19. **Goldflam.** Zur Lehre von der multiplen Neuritis.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV. Hft. 4.)

Ein Ehepaar, das unter ähnlichen, ungünstigen, äußeren Verhältnissen lebte (feuchte, auch sonst unsanitarische Wohnung), erkrankte ungefähr gleichzeitig an einer ziemlich schweren, bei der Frau mehrfach recidivirenden multiplen Neuritis, so dass es bei Ausschluss irgend welcher Intoxikation oder sonstigen Schädlichkeit gewiss berechtigt ist, hier an eine Infektion zu denken.

Bei der 30jährigen Frau entwickelte sich das Leiden im Anschluss an gastrische Störungen unter dem Bild einer akuten Affektion gemischter Nerven. Auf motorischem Gebiete: Schwäche in den Fingern, dann in den Füßen; rasch zunehmende schlaffe Lähmung der Extremitäten mit Muskelatrophie, besonders an den Beinen; ausgesprochene atrophische Paralyse mit Entartungsreaktion, partielle in einigen Nervmuskelgebieten der Oberextremitäten, totale in den unteren. Die Paralyse folgt an den Oberextremitäten vorzugsweise dem Gebiet des Radialis, an den unteren dem des Peroneus und Tibialis posticus, weniger dem des Cruralis. Blasen- und Mastdarmfunktion ungestört. Erlöschen sämmtlicher Sehnenreflexe und der Plantarreflexe.

Seitens der Sensibilität: heftige neuralgische Schmerzen, Parästhesien: Brennen, Reißen, Ameisenkriechen; Anästhesie für Tast- und Temperaturempfindung, für den faradischen Strom, theilweise für Schmerz; daneben Hyperalgesie, Retardation und Vervielfachung der Schmerzempfindung; beträchtliche Störung des Muskelsinnes im Gebiet der Tibiotarsalgelenke, der Zehen und Finger.

Vasomotorische und trophische Störungen: Cyanose, Ödem, Abschilferung und Schwitzen der Haut, Verdickungen derselben, Bläscheneruptionen, Herpes, Platzen und Verdickung der Nägel, spontan entstehende atonische Geschwüre und juckende Ausschläge.

Von besonderer differentialdiagnostischer Wichtigkeit war nachweisbare Verdickung der Nerven der Oberextremitäten, Druckschmerzhaftigkeit der Nerven und Muskeln, Verschiedenheit der Reaktion in einzelnen Zweigen desselben Nerven.

Allmählich innerhalb eines halben Jahres fortschreitende Zunahme aller Erscheinungen, dann langsame, durch mehrfache Recidive unterbrochene, schließlich aber ganz bedeutende Besserung auf roborirende Medikation, unterstützt durch periphere Elektrisation der Nerven und Muskeln, vorsichtige Massage, warme Bäder, Jod, Eisen, Arsenik. Auch die Sehnenphänomene kehrten zum Theil wieder.

Auch bei dem 32jährigen Manne hatte sich das Leiden unter Magensymptomen und Ödemen entwickelt. Waren auch alle Erscheinungen viel weniger ausgeprägt als bei der Frau, so waren doch hier wie dort Abnahme der motorischen Kraft, Anästhesien, Parästhesien, neuralgische Schmerzen, Abschwächung der Sehnenreflexe nachweisbar.

Bemerkenswerth ist ferner, dass eine Schwester der Pat., welche mit ihr in einem Bett schlief, ebenfalls an Ödem der Füße, Schmerzen in den Sohlen, Stei-

figkeit der Finger, allgemeiner Schwäche und Appetitlosigkeit litt, welche Symptome siemlich rasch unter allgemein roborirender Behandlung verschwanden.

Der Verlauf im 1. Falle war ferner ausgezeichnet durch Anfälle von Oligurie mit zeitlich zu ihr in Beziehung stehenden Ödemen im Gesicht und an den Unterextremitäten und Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Damit alternirte Polyurie mit Nachlass der Ödeme und Besserung des Allgemeinbefindens. Verf. ist geneigt, hierin ein nervöses (vasomotorisches oder sekretorisches) Symptom zu erblicken. Diese anfallsweise auftretende Diathesis urica in Verbindung mit anfallsweise auftretendem Herpes facialis spricht für die Ansicht Leyden's, der eine nahe Beziehung der multiplen Neuritis zu rheumatischen Erkrankungen annimmt.

Dieser Beobachtung fügt G. noch die Beschreibung eines Falles von multipler Neuritis nach akuter Arsenikvergiftung hinzu:

Am Ende der 2. zweiten Woche nach der Vergiftung Erscheinungen seitens der sensiblen und motorischen Sphäre gleichzeitig in allen 4 Extremitäten; dieselben erreichten nach $2^1/_2$ Monaten ihre größte Intensität; es kam, wie gewöhnlich bei der multiplen Neuritis zur vollständigen Paralyse in den peripher gelegenen Theilen der Extremitäten, in den Füßen und Händen, mit Verschonung der mehr centralen Theile; Degeneration der Nerven und Muskeln (partielle Entartungsreaktion), Atrophie an den Interossei manuum, Verlust der Sehnenreflexe, Anästhesie, Steigerung und theilweise Retardation des Schmerzgefühls, Störung des Muskelsinns, Schmerzen, Parästhesien, Taubsein, Gürtelgefühl, Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln; sekretorische Störungen (Schwitzen) und Ödeme, Verdickung und ungleichmäßige Beschaffenheit der Armnerven.

Hier, wo die Degenerationserscheinungen noch nicht so weit vorgeschritten waren, fast vollständige Restitutio ad integrum. **Tuczek** (Marburg).

20. A. Pitres et L. Vaillard. Un cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë suivi d'autopsie.

(Progrès méd. 1888. No. 35.)

Es handelt sich um einen 43jährigen kräftigen Mann, welcher nach einem heftigen Gewitterregen, dem er mehrere Stunden ausgesetzt war, an Frost, Unbehagen, Koliken, gastrischen Störungen und Tenesmus erkrankte; bald darauf trat eine stetig zunehmende Schwäche der Extremitäten auf, sie führte zur völligen Lähmung, zu einer diffusen Muskelatrophie und zu einem schnellen Verlust der faradischen Erregbarkeit der Muskeln, während die Sensibilität normal blieb und keine Sphincterenlähmung sich entwickelte. Pat. starb 8 Monate nach Beginn der Krankheit an einer Lungenentzündung.

Bei der Autopsie fand sich eine schwere Erkrankung der peripheren Nerven, eine geringe der Rückenmarkswurzeln und der weißen Stränge (Vorderseitenstrang und Goll'scher Strang), die Vorderhornzellen waren völlig normal.

Verff. glauben, dass in diesem Fall die gleiche toxische oder infektiöse Ursache den Gesammtorganismus ergriffen hat und gleichzeitig, wenn auch in verschiedener Intensität, die peripheren Nerven und das interstitiellle Gewebe des Rückenmarkes verändert hat. Wahrscheinlich ist es, dass die Lähmung der Glieder, die schnelle Atrophie und der frühe Verlust der Erregbarkeit der gelähmten Muskeln eher eine Folge der peripheren Nervenerkrankung als des Rückenmarkes war. Bemerkenswerth erscheint es, dass trotzdem die sensiblen Nerven sich eben so schwer erkrankt zeigten wie die motorischen, die Sensibilität kaum gestört war.

Ed. Krauss (Bern).

21. Grasset et Sarda. Observation de sclérose en plaques. — Effet remarquable de la solanine sur le tremblement.

(Progrès méd. 1888. No. 27.)

Verf. empfehlen dieses Mittel als ausgezeichnet reflexherabsetzend, als »Médicament du faisceau pyramidal«; sie verabreichten dasselbe in 3—5 Dosen, jede zu 5 cg. **Ed. Krauss** (Berlin).

22. **Hallopeau.** Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique.

(Union méd. 1888. No. 82 ff.)

Ein 42jähriger Mann litt an einem eigenthümlichen Ausschlag am ganzen Körper. Es bestanden Narben, so wie Neubildungen mit Krusten der allerverschiedensten Gestalt und Farbe; Missgestaltung der Nase; am linken Auge Staphylom und hintere Synechie, am rechten leichte Hornhauttrübung. Im Urin Eiweiß. Husten und Auswurf. In den Lungen links oben Dämpfung und Rasselgeräusche. Da Pat. angeblich vor 20 Jahren einen harten Schanker gehabt, erhielt er pro die 1 g Jodkalium. Es zeigte sich nun bei sehr langer und sorgfältiger Beobachtung, dass der Gebrauch des Mittels jedes Mal bei dem Manne einen höchst eigenthümlichen bullösen Ausschlag hervorrief, welcher nicht schwindende Narben hinterließ. Es war somit die Natur jenes ersten Exanthems klargestellt. Verf. stellt folgende Schlusssätze über diese merkwürdige Affektion, ihre Verbreitung und Entstehung auf:

1) Die nach Jodgebrauch entstehenden bullösen Ausschläge können bei dazu prädisponirten Individuen unzerstörbare Narben hinterlassen und sich mit einer Zellgewebs- und Epidermiswucherung vergesellschaften, die sich in Neubildungen äußert, welche gewöhnlich kreisförmig angeordnet und den Kondylomen ähnlich sind.

2) Sie können Conjunctiva und Cornea befallen und so Blindheit hervorrufen.

3) Die danach entstehenden Narben sind gewöhnlich leicht eingedrückt, farblos, von runder oder polycyklischer Gestalt; sie können den Eindruck hervorspringender Bänder machen oder sich retrahiren und so dem Gesicht ein Aussehen wie bei altem Lupus verleihen.

4) Das Auftreten der Blasen ist von Fieber und Durchfall begleitet.

5) Die Idionsynkrasie, welche diese Reaktion bedingt, kann allmählich bei Individuen sich ausbilden, welche während langer Zeit das Mittel ohne oder mit nur geringen Beschwerden gebraucht haben.

6) Sie wird vielleicht durch bestehende Albuminurie begünstigt.

7) Entgegen der gewöhnlichen Ansicht muss man, wenn sich die Erscheinungen bei einem mit Jodkalium behandelten Syphilitiker zeigen, viel eher als bei einem mit Quecksilber behandelten Individuum sich fragen, ob die Symptome von der Krankheit oder von dem Mittel herrühren.

8) Die pathologische Wirkung des Jods erstreckt sich nur auf kurze Zeit.

9) Bromkalium kann von einer Person gut vertragen werden, welche Idiosynkrasie gegen Jod besitzt, obwohl ersteres ganz analoge Zufälle bei anderen Pat. hervorbringen kann.

G. Meyer (Berlin).

23. **E. Schwimmer.** Die Heilwirkung des Erysipelas bei einzelnen Krankheitsformen.

(Pester med.-chir. Presse 1887. No. 37.)

Zur Frage, in wie weit ein interkurrent auftretendes Erysipel eine andere, chronische Affektion günstig zu beeinflussen im Stande sei, liefern 10 von S. beobachtete Fälle eine gute Illustration.

In 5 Fällen von Lupus erwies sich das Erysipel als völlig wirkungslos. Syphilitische Krankheitsprodukte (Geschwüre, Infiltrationen, Gummata) schwanden 2mal unter dem Einflusse des Erysipels, doch bestand beide Male die konstitutionelle Erkrankung fort und wurde erst durch specifische Behandlung beseitigt. Als wirkliches Heilmittel erwies sich das Erysipel bei einer doppelseitigen hochgradigen Orchitis und Epididymitis gonorrhoica, bei einem ausgebreiteten Keloid nach Verbrennung und in einem Falle von excessiver Adenitis colli nach chronischem Gesichtsekzem. Zur Erklärung der Heilwirkung des Erysipels glaubt S. neben dem hohen Fieber vor Allem die specifische vegetative Funktion der Erysipelkokken, welche entweder eine vollkommene Resorption oder eine anderweitige Veränderung der krankhaften Gewebe herbeiführen, heranziehen zu müssen.

A. Blaschko (Berlin).

24. Th. Weyl. Über Safransurrogat.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 31.)

Anschließend an seine früheren Versuche an Kaninchen über die Giftigkeit des Dinitrokresols, welches in der Technik zum Färben von Nahrungsmitteln (z. B. Nudeln etc.) gebraucht wird, berichtet W. über ähnliche Versuche an Hunden. Bei diesen trat nach Einführung von 0,6 pro Kilo Thiergewicht in den Magen nach 10 Minuten Erbrechen mehrfach nach einander ein; sie bekamen profuse Diarrhoen und eigenthümliches Zittern und »Laufkrämpfe«, die Symptome einer akuten Phenolvergiftung. Auch nach Injektion unter die Haut (20 mg pro Kilo Thiergewicht) trat sicher nach ganz kurzer Zeit Erbrechen ein, worauf die übrigen Symptome folgten. Über einen Fall von Dinitrokresolvergiftung beim Menschen berichtet W. eingehender: eine Frau (in Bremerhaven) hatte sich in der Apotheke Safran holen lassen und die erhaltene Quantität, welche W. auf $3^1/_4$ g Dinitrokresol schätzt, eingenommen, worauf sehr bald Krämpfe und Kurzathmigkeit und nach 5 Stunden der Tod eintrat. Bei der Sektion wurde eine blassgelbe Färbung der Bauchdecken, der Conjunctiva des Auges und der Schleimhaut des Mundes, aber keine Ätzung gefunden; im Herzbeutel fand sich ein dunkelgelbes Serum, in den Bronchien gelbgrüne Flüssigkeit; die Magenschleimhaut war von einer braungelben Masse bedeckt, auch der Harn enthielt gelben Farbstoff. Die Gefährlichkeit des Dinitrokresols steht außer aller Frage und ist dieser Farbstoff als schädlicher Theerfarbstoff von dem Gebrauche zur Färbung von Nahrungs- und Genussmitteln gesetzlich auszuschließen. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

25. E. Konrad (Hermannstadt). Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1888. No. 18.)

K. fand bei seinen Versuchen mit Hyoscin bei Geisteskranken (nicht in allen Fällen) anfängliche Steigerung der Pulsschläge, der aber später eine weitaus länger dauernde Herabminderung folgte. Als vasomotorische Erscheinungen wurden häufig Röthungen der Haut, der Conjunctiva, durchschießende Hitzegefühle wahrgenommen. Beachtenswerthe Störungen in der Herzinnervation machen sich schon bei den zu therapeutischen Zwecken verwendeten Dosen bemerkbar. Gaben von $^1/_2$—1 mg können sehr energisch wirken; nach 10—50 Minuten Schwere in Kopf und Gliedern, Hitzegefühl, Trockenheit im Halse, trübes Sehen, Pupillenerweiterung mit Accommodationsstörung; Schwindel beim Aufstehen aus dem Bette, unsicherer Gang, vereinzelte Zuckungen in den Armen; bei Einigen auch schwere Beweglichkeit und Zittern der Zunge nebst Silbenstolpern; Schlaf bei Gesunden nach 1 bis 3 Stunden. In 3 unter 4 Versuchen Sinnestäuschungen (massenhaftes Sehen von Objekten von allerlei Thieren und Menschen etc., ähnlich wie beim Alkoholdelirium, durch energische Ansprache zu verscheuchen). Als Sedativum benutzte K. das Hyoscin bei 11 Fällen akuter, 9 chronischer Manie, 9 sekundärer Geistesstörung, 8 akuten Wahnsinns, je 4 epileptischer Psychose und progressiver Paralyse. Seine Erfahrungen lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen: 1) in heftigen Erregungszuständen chronischer Formen, besonders bei großer Agilität und Zerstörungstendenz, ist das Hyoscin in Dosen von $^1/_2$—1 mg zeitweise verwendbar. Die Wiederholung der Injektionen in continuo überschreite nicht 2—3 Tage. 2) Bei akuten heilbaren Psychosen meide man das Mittel, so lange mittels anderer beruhigender Methoden eine ausreichende Wirkung erzielt werden kann. Ist aber Konsumption der Kräfte zu befürchten, dann können einzelne in größeren Zwischenräumen verabreichte Gaben gute Dienste leisten. 3) Bei Herzkranken soll Hyoscin thunlichst gemieden werden. **Eulenburg** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn. Berlin. Würzburg. Berlin. Tübingen. Straßburg i/E., Wien.

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 16. März.** **1889.**

1. Carl **Fraenkel.** Einwirkung der Kohlensäure auf die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. V. Hft. 2.)

Die Thatsache, dass in den unteren Bodenschichten immer nur sehr wenig Keime gefunden werden, die sich aber in kurzer Zeit außerordentlich üppig vermehren, lässt annehmen, dass Nährmaterial dort genug vorhanden ist, dass aber Momente bestehen müssen, die einen entwicklungshemmenden Einfluss auf die Bakterien ausüben. Es lag nahe, dieses Moment in der Zusammensetzung der Grundluft, vielleicht in ihrem Kohlensäuregehalt zu suchen. F. hat, hierdurch angeregt, die Wirkung der Kohlensäure auf die Mikroorganismen systematisch untersucht und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen:

Eine gewisse Anzahl bekannter Bakterienarten vermag in reiner CO_2 in fast eben so vollkommener Weise zu gedeihen, wie in gewöhnlicher Luft. Andere sind zwar im Stande, sich in der CO_2 zu entwickeln, aber ihr Wachsthum ist doch schon ein mehr oder minder

verzögertes und beschränktes. Eine dritte Gruppe wächst unter gewöhnlichen Verhältnissen in der CO_2 überhaupt nicht, sondern nur dann, wenn die Kulturen der Bruttemperatur ausgesetzt sind; die Mehrzahl der übrigen, namentlich auch Saprophyten, gedeihen in der Kohlensäure gar nicht, werden aber durch sie auch nicht abgetödtet, sondern entwickeln sich noch, wenn die Kohlensäure wieder durch Luft ersetzt wird. Einige bestimmte Arten (darunter Milzbrand und Cholera, dagegen nicht Typhus) werden durch Kohlensäure vernichtet. Als fäulniswidriges Mittel ist die Kohlensäure nicht zu verwenden (Proteus vulgaris wird durch sie nicht beeinflusst). Eine Abschwächung pathogener Arten kommt durch sie nicht zu Stande.

Selbst geringe Beimengungen atmosphärischer Luft heben die keimtödtende Wirkung der Kohlensäure auf. **Strassmann** (Berlin).

---

2. **H. Eichhorst.** Verbreitungsweise der Hautnerven beim Menschen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV. p. 519 ff.)

Da die Aussicht, das von den Experimentatoren am Thier befolgte Verfahren, einzelne Rückenmarkswurzeln nahe dem peripheren Abschnitt des Ganglion intervertebrale zu durchtrennen und im Anschluss an diese Operation die Verbreitungsweise der sensiblen Nerven an dem anästhetisch gewordenen Hautbezirk möglichst genau zu bestimmen, für das Studium am Menschen verlegt ist, scheint dem Verf. kaum ein anderer Ausweg zu bleiben, als bei Querschnittunterbrechungen des Rückenmarkes möglichst genau die Hautbezirke abzugrenzen, an welchen die Zone mit unveränderter Hautsensibilität und das anästhetische Hautgebiet einander berühren. Aber nicht alle Fälle von Querschnitttrennungen des Rückenmarkes erwiesen sich für dieses Studium geeignet, weil in einem Theile entweder sensible Störungen überhaupt zeitlebens ausbleiben, oder nur mit verschwommenen Grenzen vorhanden sind, oder bei geringer Intelligenz des Kranken nicht scharf nachweisbar erscheinen. Von 52 Fällen von Querschnittaffektion fand E. nur 5 geeignet, auf die Verbreitungsweise der Hautnerven einiges Licht zu werfen.

Die Grenze zwischen der sensiblen und der anästhetisch gewordenen Zone der Haut bei einer möglichst scharf begrenzten Rückenmarkunterbrechung stellt man sich gemeiniglich als einen zur Längsachse des Rumpfes senkrecht stehenden geradlinigen, ring- oder reifenartigen Kontur vor. Diese Vorstellung widerspricht gänzlich der von E. konstatirten Thatsache, welche dahin definirt wird, dass die fraglichen Konturen einen sehr regelmäßigen und auf beiden Thoraxseiten annähernd gleichen Kurvenverlauf mit 3 Erhebungen und 3 Einsenkungen zeigen, von denen die erste Erhebung zwischen Vertebrallinie und Scapularlinie, eine zweite zwischen Scapularlinie und Mamillarlinie, eine dritte entweder auf dem Sternum liegt und

hier mit der anderseitigen verschmilzt oder zu je einer Seite des Sternums getrennt sich befindet.

E. verleiht diesen typischen Elevationen die Bezeichnung der Vertebral-, Scapular- und Mamillarelevation in der Verbreitung der Hautnerven am Rumpfe. Die ausführlichen, in ihren Einzelheiten sehr interessanten Krankengeschichten der 5 angezogenen Beobachtungen müssen im Original studirt werden.

G. Sticker (Köln).

---

3. **A. Löwy.** Über den Einfluss der salinischen Abführmittel auf den Gaswechsel des Menschen. (Aus dem thierphysiologischen Laboratorium der landwirthschaftlichen Hochschule zu Berlin.)

(Pflüger's Archiv Bd. XLIII. Hft. 12. p. 515.)

Im Anschluss an theoretische Erwägungen von Speck war durch Versuche von Zuntz und v. Mering bewiesen worden, dass die Thätigkeit des Darmtractus bei der Verdauung eine nachweisbare Steigerung des Stoffwechsels bewirkt. Die Möglichkeit, vom Darm aus auf den Stoffumsatz des Organismus einzuwirken, beansprucht — man erinnere sich an die Kuren in Karlsbad, Marienbad etc. — ein hervorragendes praktisches Interesse.

L. verfolgt nun, um ein Urtheil über den Stoffwechsel zu erhalten, in ähnlicher Weise, wie dies in den angeführten Versuchen von Zuntz und v. Mering bei Kaninchen geschehen war, beim Menschen die Änderungen, welche der Gaswechsel nach Einführung größerer Mengen Glaubersalz durch die hierbei eintretende Steigerung der Darmthätigkeit erfährt. Er beschreibt eine Methode, welche er wegen ihrer bedeutenden Schnelligkeit, Leichtigkeit und Sicherheit für die Entscheidung klinisch wichtiger Fragen empfiehlt.

Als Resultat der Versuche ergiebt sich, dass unter dem Einfluss des Glaubersalzes die Kohlensäureausscheidung und die Sauerstoffaufnahme gesteigert sind, ohne dass sich in den meisten Fällen das Athemvolumen wesentlich ändert. Die Größe der Zunahme ist verschieden als Folge einer zeitlich und individuell wechselnden Disposition für die Wirkung des Glaubersalzes. Das Verhältnis zwischen Kohlensäureausscheidung und Sauerstoffverbrauch bleibt ungefähr das gleiche, woraus zu schließen ist, dass die Darmthätigkeit nicht auf die Art, sondern nur auf die Größe der Zersetzungen im Organismus von Einfluss ist. Bei der »Darmthätigkeit« ist die Thätigkeit der Darmdrüsen (reichliche wässrige Stühle) und der Darmmuskulatur (Kollern) zu unterscheiden.

Da nach den Versuchen von Voit Glaubersalz keinen Einfluss auf die Zersetzung der Albuminate hat, muss die in den obigen Versuchen gefundene Mehrzersetzung von einer Mehrzersetzung des Körperfettes herrühren.

Wasser, Chlornatrium, doppeltkohlensaures Natrium hatten keine deutlich nachweisbare Wirkung. **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. **v. Jacksch.** Über Nierenaffektionen bei Kindern nebst Bemerkungen über die Urämie und Ammoniämie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 40 u. 41.)

Die febrile Albuminurie wird im Kindesalter weit seltener beobachtet als bei Erwachsenen, und zwar wohl desswegen, weil die Niere bei Erwachsenen den verschiedensten Schädlichkeiten (Alkohol etc.) unterworfen gewesen und dadurch geschwächt ist, weil ferner nach den Untersuchungen von Lorenz die Bürstenbesätze der Nierenepithelien bei Kindern Krankheitsgiften leichter zu widerstehen scheinen, als bei Erwachsenen.

Es folgen dann Bemerkungen über das Vorkommen von Mikroorganismen im Harn erkrankter Kinder. Ob die von Letzerich beschriebene bacilläre Nephritis eine besondere Krankheitsform ist, müssen erst weitere Beobachtungen lehren; jedenfalls giebt es noch andere ätiologische Momente, welche bei den primären akuten Nephritiden der Kinder eine Rolle spielen. Dies führt J. zur Besprechung der Erkältungsnephritiden. In den 4 Fällen seiner Beobachtung war als Ursache der Nierenentzündung eine voraufgegangene bekannte Infektionskrankheit nicht nachzuweisen. Alle Fälle verliefen fieberhaft und bis auf einen, der letal endigte, günstig. Bezüglich der Häufigkeit der primären Nephritiden ist anzunehmen, dass bei systematisch durchgeführten Untersuchungen des Harnes diese Fälle sich mehren dürften.

Nach einigen Bemerkungen über die chronische Nephritis im Kindesalter bespricht Verf. seine interessanten, noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen über die Urämie und Ammoniämie, deren Ergebnisse er folgendermaßen resumirt: »Die Ammoniämie wird durch alkaloidähnliche Körper erzeugt, die in den Harnwegen, jedoch außerhalb der Nieren, in dem zersetzten Harn sich bilden und von der erkrankten Schleimhaut des Urogenitaltractus in den Organismus zurückgeführt werden; der toxische Symptomenkomplex der Urämie wird durch die im normalen Harn enthaltenen Toxine etc. bedingt, welche in Folge der Funktionsunfähigkeit der Nieren durch dieses Organ den Körper nicht verlassen können.«

Bezüglich der Therapie der Nephritiden empfiehlt Verf., das Scharlach von Anfang an energisch mit Salicylpräparaten zu behandeln behufs Verhütung der Nephritis und befürwortet bei ausgebildeter Nephritis eine konsequent durchgeführte Milchdiät.

P. Meyer (Berlin).

---

5. J. **Schopf** (Resicza). Über das Ankylostomum duodenale.
(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 34. — Excerpt aus Orvosi Hetilap 1888. No. 22.)

6. **Leichtenstern.** Über Ankylostoma duodenale.
(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 42.)

Als Résumé seiner Beobachtungen an 162 Fällen von Ankylostomiasis (= 17% der Bergknappen) theilt S. das Folgende mit:

1) Die Krankheit beschränkt sich nicht mehr auf einzelne Gegenden, sondern kann vermöge der Wanderlust und der Gebräuche der Bergleute überall vorkommen und als eine Berufskrankheit derselben angesehen werden. In allen Fällen von Mattigkeit, Herzklopfen, Anämie bei Bergleuten ist daher sogleich nach dem Schmarotzer zu fahnden. Diarrhoe erschwert die Auffindung desselben.

2) Mit geringer Ausnahme befinden sich alle Eier im Stadium der Furchung.

3) Je größer die Anämie, desto größer die Zahl der Schmarotzer und der Eier.

4) Die Zahl der Eier steht im geraden Verhältnis zur Menge der Würmer im Darm.

5) Bei langer Dauer der Krankheit können auch relativ wenige Parasiten starke Anämie erzeugen.

6) S. ist geneigt anzunehmen, dass das Ankylostomum duod. das Blut nicht nur behufs Ernährung an sich zieht, sondern dass es sich mit demselben imbibirt (? Ref.), da bei der Kleinheit, mithin dem geringen Nahrungsbedürfnisse der Parasiten die so rasch auftretende und hartnäckige Anämie der Pat. sich schwer erklären lässt.

7) Blut konnte nie im Stuhle nachgewiesen werden, jedoch kamen einigermaßen blutig tingirte Stühle vor.

8) Bei Gegenwart von zahlreichen Parasiten (mehreren Hundert) oder langer Dauer der Krankheit ist vollkommene Heilung kaum zu hoffen, da ein großer Theil der Darmzotten zu Grunde geht. Solche Individuen bleiben auch nach der Heilung schwach, matt und blass.

9) Appetit und Stuhl ist nicht nennenswerth verändert. Geo- und Allotriophagie wurde nie beobachtet. S. glaubt, dass in unserem Klima die Bösartigkeit dieser Entozoen sich gemildert hat.

10) Jugularvenengeräusche fanden sich nur bei den zwei schwersten Fällen. Herzklopfen bestand immer.

11) Alle klagten über ziehende Schmerzen in den Unterschenkeln und ein Gefühl der Schwere im Oberschenkel.

12) Muskelfülle und Fett waren nie wesentlich alterirt.

13) Das Ankylostomum kann mit jedem anderen Schmarotzer zusammen leben.

14) Die Lebensdauer konnte bisher nicht ermittelt werden.

15) Neben dem Wasser sind häufig die mit den schmutzigen Wässern der Stollen in Berührung gelangenden Hände der Knappen die Vermittler der Infektion; auch mit dem Luftstrom können Larven in den Mund gelangen.

16) Eisen- und Arsenbehandlung etc. bleibt erfolglos, wenn nicht eine Behandlung mit Extr. filicis maris vorausgeschickt wird.

17) S. verabreichte stets 20,0 Extr. filicis maris aeth., das in Kapseln oder Oblaten gut vertragen wurde, besonders unter Nachgabe von Thee oder schwarzem Kaffee. Bei dieser Therapie meldeten sich von den 162 Kranken nur 4 zur erneuten Aufnahme.

18) Die weiblichen Parasiten prävaliren über die männlichen um ein Beträchtliches.

19) Die Eier behalten selbst noch im eingetrockneten Präparate Form, Farbe und Konsistenz.

20) Die Kälte behindert die weitere Entwicklung der Eier, hebt dieselbe aber nicht ganz auf. **A. Freudenberg** (Berlin).

Die Theilnehmer der Naturforscherversammlung werden L.'s Demonstrationen von Ankylostoma duodenale und seine Mittheilungen über Geschichte und Formen der Ankylostomiasis mit großem Danke entgegengenommen haben. Von besonderem Interesse waren gewiss seine Mittheilungen über die Biologie der Ankylostomiasis, zu deren Kenntnis L. das letzte wichtige Glied durch seine Fütterungsversuche am Menschen hinzugefügt hat, aus denen hervorgeht, dass die encystirten Ankylostomalarven sich in den oberen Dünndarmabschnitten auf der Darmschleimhaut zum fertigen Ankylostoma entwickeln. 4—5 Wochen nach der Fütterung erschienen die ersten wohl charakterisirten Eier in den Fäces der Inficirten.

Seifert (Würzburg).

---

7. G. Rummo. Azione terapeutica dello strofanto e della strofantina.

(Riforma med. 1888. No. 209—215.)

Im Anschluss an sein experimentelles Studium der wichtigsten Herzmittel, deren Ergebnisse in No. 7 d. Centralbl. 1889 mitgetheilt wurden, unterzieht der Verf. den Strophanthus und das Strophanthin einer ausgedehnten klinischen Untersuchung namentlich bei Herzkranken mit dem folgenden Resultate:

1) Die Strophanthustinktur und das Strophanthin vermögen die mechanische Herzmuskelarbeit, wie sie in dem arteriellen Druck und der vom Blutstrom in der Zeiteinheit weitergeführten Blutmenge zu Tage tritt, beträchtlich zu erhöhen und zwar unter mäßiger Herabminderung der Herzschlagfrequenz.

2) Bei Individuen mit gesundem Herzen tritt diese Wirkung ausnahmslos in Erscheinung.

3) Bei Individuen mit krankem Herzen, deren Herzmuskelarbeit nur mäßig und vorübergehend herabgesetzt ist, also im »Stadium mesosystolicum« der Herzkrankheiten (R.), ist dieselbe Wirkung zu beobachten.

4) Bei Herzkranken, deren Herzmuskelarbeit andauernd und beträchtlich erhöht ist, also im »Stadium hypersystolicum« der Herz-

krankheiten, tritt die Wirkung ebenfalls auf; sie hat indess, da sie das Bedürfnis der Herzmaschine überbietet, oft ein merkliches und lästiges Herzklopfen zur Folge.

5) Bei Herzkranken, deren Herzmuskelarbeit beträchtlich herabgesetzt und durch eine bestehende Herzschwäche, welche nicht auf Degeneration des Muskels oder höchstens theilweiser Degeneration beruht, in ihrer Insufficienz gehalten wird, also im »Stadium hyposystolicum« der Herzkrankheiten, verschwinden unter dem Einfluss der Strophanthuspräparate alle Symptome der Herabsetzung des Nutzeffektes: Ödeme, Hydropsien, Dyspnoe, Lungenhypostase, regelmäßig. Indessen wird die mechanische Herzmuskelarbeit nicht in einer dem Nutzeffekt entsprechenden Weise gesteigert bei den durch Klappenfehler unterhaltenen Herzmuskelkrankheiten, namentlich bei der Insufficienz der Mitralis und zumal bei der Mitralstenose, bei denen die Kompensation durch die Steigerung der mechanischen Arbeit des linken Ventrikels und besonders durch die Verlängerung der diastolischen Phase der Herzschläge, so wie durch die augenscheinliche Verminderung der Schlagfrequenz begünstigt wird.

6) Bei Herzkranken im Stadium hyposystolicum ruft weder die Strophanthustinktur noch das Strophanthin irgend welches Symptom einer Unverträglichkeit seitens des cardiovasculären Apparates oder des Nervensystems hervor.

7) Bei Herzkranken, deren Herzmuskelarbeit beträchtlich herabgesetzt und durch eine völlige Degeneration des Myocardiums in ihrer Insufficienz irreparabel ist, also im »Stadium asystolicum« der Herzkrankheiten, vermögen die Strophanthuspräparate weder die mechanische Arbeit noch den Nutzeffekt zu steigern. Im Gegentheil werden durch ihre Anwendung häufig die Symptome jener Herabsetzung des Nutzeffektes, Arhythmien, Intermittenserscheinungen, Ödeme wesentlich verschlimmert.

8) Strophanthustinktur und Strophanthin ändern bei Individuen mit gesundem Herzen und bei Herzkranken, die im Stadium hypersystolicum, mesosystolicum oder asystolicum sich befinden, die Diurese gar nicht; steigern sie beträchtlich bei Herzkranken im Stadium hyposystolicum. Die Steigerung der Diurese geht proportional der Steigerung der Nutzleistung des Herzmuskels.

9) Die angeführten Thatsachen beweisen, dass der Strophanthus als indirektes Diureticum anzusehen ist.

10) Die Wirkungen des Strophanthins und besonders die der Strophanthustinktur auf die mechanische Herzarbeit und die Diurese treten sehr häufig nicht unmittelbar gleich nach Anwendung der Arznei zu Tage, sondern erst in den folgenden Tagen; nichtsdestoweniger haben hypodermatische Injektionen von Strophanthin eine rapide Steigerung der Herzthätigkeit zur Folge.

11) Man darf bis zu 30—40 Tropfen der Fraser'schen Strophanthustinktur innerhalb 24 Stunden darreichen und zwar in fraktionirten Gaben von 5—8 Tropfen. Das Strophanthin hat (bei subkutaner

Applikation) seine Maximalgabe für 24 Stunden bei 1 mg erreicht, welches man je nach den Umständen in fraktionirten Dosen oder ungetheilt verordnet.

12) Die Darreichung der Strophanthustinktur durch den Magen und des Strophanthin auf hypodermatischem Wege hat, wenn man von unkonstanten Darmstörungen (Diarrhoe), von mäßiger Schmerzhaftigkeit und Röthung der Injektionsstelle absieht, keine Nebenerscheinungen von Bedeutung zur Folge.

13) Bei keinem Individuum, dem die Strophanthustinktur oder das Strophanthin im Zustande vollkommener Apyrexie gereicht wurde, sank die Körpertemperatur: sie stieg vielmehr nach den Injektionen hier und da sogar flüchtig an, auch wenn alle Kautelen der Antisepsis bei der Injektion berücksichtigt worden waren.

14) Dem Strophanthus fehlt die kumulirende Eigenschaft der Digitalis. Er kann ohne ein Zeichen der Intoleranz viele Tage hinter einander gereicht werden.

15) Die vorstehenden klinisch-therapeutischen Ergebnisse vervollständigen und bestätigen die beim Thierexperiment gewonnenen Erfahrungen. Der Strophanthus, das wirksamste der bislang gekannten Myocardiokinetica beansprucht als therapeutisches Hilfsmittel einen großen Werth in den Fällen, in welchen es gilt, die mechanische Herzarbeit rasch zu steigern oder den nicht oder nur wenig degenerirten Herzmuskel zu kräftigen. Seine therapeutische Wirkung ist sichtlicher in den Herzkrankheiten, bei welchen behufs einer Steigerung der mechanischen Herzarbeit nicht sowohl die Verlängerung der diastolischen Herzphase und die Verminderung der Herzschlagfrequenz in Betracht kommt, als die Steigerung der systolischen Muskelenergie. **G. Sticker** (Köln).

---

8. A. Peyer. Die reizbare Blase oder idiopathische Blasenreizung (Irritable bladder, nervous bladder), ihre Ursache, Diagnose und Behandlung.

Stuttgart, **Ferd. Enke**, 1888. 81 S.

P. weist in der vorliegenden Studie an der Hand einer größeren Zahl sorgfältiger und theilweise sehr interessanter eigener Beobachtungen energisch darauf hin, dass die sog. »irritable bladder« fast immer nicht eine selbständige Krankheit, sondern nur ein Symptom ist, welches allerdings häufig durch seine hervorragende Lästigkeit und seine oft geringfügigen und schwer zu entdeckenden Ursachen eine selbständige Erkrankung vortäuschen kann; dass es dem entsprechend für eine vollständige Diagnose nicht minder, wie für eine erfolgreiche Therapie, dringend erforderlich ist, dass man sich nicht mit der Diagnose »reizbare Blase« begnügt, sondern die veranlassende Ursache feststellt und in Angriff nimmt.

Solche Ursachen sind u. A. Erkrankungen der Niere, des Nierenbeckens, der Urethra, des Präputium (Phimosis), des Mast-

darms (Fissuren und Ulcerationen, Hämorrhoiden, Darmwürmer, besonders Ascariden), des Beckens und der Beckenorgane (Retroflexio uteri, Tumoren etc.), Erkrankungen des Centralnervensystems [1], oder aber, und zwar am häufigsten, ein chronisch-entzündlicher Reizzustand des Blasenhalses resp. der Pars prostatica urethrae. Beim weiblichen Geschlechte wird diese Blasenhalsaffektion meist hervorgerufen durch eine chronisch-entzündliche Affektion des Genitalkanals, die sich durch die kurze Harnröhre auf den Blasenhals fortpflanzt; beim Manne entsteht sie durch Onanie, abnorme Ausübung des Coitus (Coitus imperfectus etc.), chronische Gonorrhoe, abnorm häufige Erektionen aus irgend einem anderen Grunde. Andere sonst aufgeführte Ursachen, wie körperliche und geistige Überanstrengung, psychische Einflüsse (Kummer, Sorge etc.), Erkältung, Genuss von Kaffee etc. haben nur die Bedeutung von Gelegenheitsursachen, welche bei dem oben erwähnten Verhalten des Blasenhalses in Wirksamkeit treten.

Neben den Symptomen der Blasenreizung finden sich gewöhnlich eine Anzahl nervöser Symptome, wie abnorme Sensationen in den Genitalorganen, Schwäche und Druck im Kreuz (»Lendenmarkssymptome«, Hegar), Druck im Unterleibe, nervöse Diarrhoen oder Stuhlzwang; nicht selten tritt auch temporäre Harnverhaltung (Ischuria spastica) ein.

Die reizbare Blase kann in jedem Alter vorkommen, am häufigsten findet man sie zwischen dem 18. und 40. Lebensjahre. Beim Weibe ist sie nach Ansicht des Verf. häufiger als beim Manne, wenn auch die Frauen weniger oft desswegen die Hilfe des Arztes nachsuchen.

Die Prognose richtet sich nach der Grundursache; quoad vitam ist sie in den meisten Fällen nicht schlecht, die Heilung derselben ist nicht selten schwierig. Leichtere Fälle heilen mitunter spontan. Als Folgezustand der »Irritable bladder« betrachtet P. die Schrumpfblase.

Die Therapie hat sich nach der ursächlichen Krankheit zu richten. Bei Affektion des Blasenhalses ist eine örtliche Behandlung (Kühlsonde, Applikation von Adstringentien) am Platze. Eine rein symptomatische Behandlung ist zu verwerfen.

A. Freudenberg (Berlin).

---

[1] Hier hätte Verf. darauf hinweisen können, dass häufig Erscheinungen von Blasenreizung als eines der ersten, oder selbst als erstes Symptom von Rückenmarkserkrankungen, namentlich Tabes auftreten; eben so andererseits, dass (nach Guyon) oft die Urogenitaltuberkulose unter den Zeichen der einfachen Blasenreizung beginnt. Ref.

Kasuistische Mittheilungen.

9. **Aufrecht** (Magdeburg). Kasuistische Mittheilungen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII.)

1) 41jähriger Arbeiter leidet seit 1/4 Jahr an Heiserkeit und Husten, seit 8 Tagen an Dyspnoe. Die Inspiration erfolgt mit lautem Stridor, auch die Exspiration ist erschwert; Aphonie; mehrere über bohnengroße Drüsen am Halse. Die wahren Stimmbänder unbeweglich parallel, 1½—2 mm von einander stehend. Plötzlicher Tod. Die Sektion zeigte, dass die Lähmung des Musculi crico-arytaenoidei postici durch ein Cancroid derselben bedingt gewesen war.

2) 47jähriger Mann, angeblich früher stets gesund und nie syphilitisch, leitet seine Krankheit von einem 19 Monate vor seiner Aufnahme erlittenen Falle her, seit welchem er fast permanent Schmerzen im Kreuze und in der linken Schulter hatte. Dazu kamen stets zunehmende Dyspnoe, Husten, Schwäche, Heiserkeit der Stimme, zuletzt Anasarca, allgemeine Schwäche. Bei der Aufnahme zeigt sich leichte Cyanose, erschwerte Respiration, laut hörbares Inspirium, inspiratorische Einziehung der Schlüsselbeingruben und der seitlichen Thoraxpartien. Herzdämpfung verbreitert (über den rechten Sternalrand und bis zum oberen Rande der 3. Rippe). Verbreitete großblasige Rasselgeräusche, eitriges Sputum. Plötzlicher Collaps, hochgradige Cyanose, Exitus. Die Sektion zeigte eine narbige Stenose der Trachea dicht über der Bifurkation, am wahrscheinlichsten in Folge von Lues. Die gefundene Herzvergrößerung beruhte auf Retraktion des nirgends das Herz bedeckenden Lungenrandes.

3) 25jähriger Cigarrenarbeiter. Vor 12 Jahren »Unterleibsentzündung«, seitdem alle 4 Wochen 3stündlichen bis mehrtägigen Magenkrampf. Bei der Aufnahme (2. Februar 1887) windet sich der kräftige, blasse Kranke vor Schmerzen, Athmung rasch, sublim, Abdomen weich; die druckempfindliche Leber überragt den Rippenbogen um 3 Querfinger. Lungenschall rechts vorn bis zum oberen Rande der 5. Rippe, hinten rechts unten handbreite Dämpfung, bronchiales Athmen, knarrendes Reiben. Diagnose: Pleuritis ex affectione hepatis. In den folgenden Tagen Zunahme der Dämpfung, des bronchialen Athmens, des Reibens, dann Abnahme der Dämpfung hinten, während sie vorn bis zur 3. Rippe hinaufreicht. Am 21. Februar Reibegeräusch auch vorn. Bei der (sehr schmerzhaften) Perkussion des Rippenbogens genau in der Mittellinie ein klirrend-plätscherndes Geräusch. Punktion des pleuritischen Ergusses rechts hinten unten am 8. März ergiebt klares, gelbliches Serum. Mitte März kommt es zu galligem Erbrechen (bis zu 1000 ccm) und zum Expektoriren von reichlichen Quantitäten zäher, gallig aussehender Flüssigkeit.

Es wurde ein Durchbruch von Galle durch die Lungen supponirt, Gallensteine wurden aber wegen Mangels von Schüttelfrösten ausgeschlossen.

Die Sektion ergab: Austritt von Gallensteinen aus der Gallenblase; Abkapselung derselben auf der oberen Leberfläche; Durchbruch von Galle durch die Lunge.

Die Entstehung des oben erwähnten klirrend-plätschernden Geräusches erklärt A. so, dass bei der Perkussion Galle aus der Gallenblase in den abgekapselten Raum oberhalb der Leber gepresst wurde und beim Nachlassen des perkussorischen Schlages die herbeigeführte Verkleinerung des Gallenblasenraumes eine Lageveränderung der Darmluft veranlasste. **K. Bettelheim** (Wien).

10. **Pozzi et Hudelo.** Des concrétions calcaires du poumon et de la plèvre.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 46 u. 47.)

Die Verff. schildern 2 Beobachtungen von Lungensteinen, deren erste einen 45jährigen Brettschneider betrifft. 5 Tage vor seiner Aufnahme ins Spital erkrankte der kräftige, bis dahin immer gesunde Mann, der nie gehustet hatte, mit Schüttelfrost, Seitenstechen, Husten, Fieber. Hinten links in der Mitte zeigten sich Zei-

chen von Pneumonie. Rechts hinten mittelgroßblasiges Rasseln. An der Herzbasis systolisches Reiben; Leber geschwollen, schmerzhaft; Haut ikterisch. Im Urin Eiweiß. Tod nach 5 Tagen. Die Obduktion ergab links Pneumonie im Übergangsstadium der rothen zur grauen Hepatisation; im rechten mittleren Lappen befand sich, von gesundem Lungengewebe umgeben, ein weißbräunlicher Stein, ungefähr von Apfelsinengröße (größter Durchmesser 7 cm) mit maulbeerartigen glatten Höckern. Auf dem Durchschnitt erscheint er homogen weißlich mit gelblichen Flecken, mikroskopisch besteht er aus Kalkkörnern, chemisch aus kohlensaurem Kalk. Von dem umgebenden gesunden Lungengewebe ist er durch eine zarte fibröse Kapsel getrennt.

Der zweite Pat., ein 50jähriger Fuhrmann, erlitt 8 Tage vor seiner Aufnahme ins Spital eine starke Durchnässung, nach welcher er ebenfalls unter den Erscheinungen von Pneumonie erkrankte. Vorher war er nie krank gewesen. Rechts bestand Dämpfung und Rasselgeräusche, links hinten unten etwas Rasseln. Nirgends Reibegeräusche. Herz, Leber, Milz normal; kein Albumen. Einen Monat nach der Aufnahme ins Krankenhaus Exitus ohne große Änderung in den örtlichen Symptomen; die Temperatur war eine schwankende gewesen. Bei der Sektion fand sich die linke Lunge gesund; Volumen der rechten Lunge vergrößert, von weinrother Farbe. Auf der Schnittfläche entleert sich schaumige, blutige Flüssigkeit; die Lunge knistert, schwimmt auf dem Wasser. Linke Pleura gesund. An der rechten ist an einer Stelle eine Verwachsung; an der Pleura costalis sind die Verwachsungen weich, die Seiten sind glatt. An jener einen Stelle findet sich eine nadelförmige Neubildung, die vertikal nach unten mit frei endigender Spitze verläuft. Ihre Basis ist fest mit dem Lungengewebe verwachsen und zusammen mit einem Stück von diesem herauszunehmen. Man gewahrt dann, dass der Raum zwischen den oberen Lappen mit klebriger Flüssigkeit erfüllt ist. Im Zwischenraum zwischen den oberen Lappen ist ebenfalls Pleuritis vorhanden. Die Neubildung ist 20 cm lang, oben 3 cm breit und endigt spitz; in den oberen Theilen ist sie hart, unten biegsam; oben opak, unten durchscheinend. Sie besteht aus einer fibrösen Umhüllung und einem harten Centrum, welches gegen die Spitze zu abnimmt; es ist weiß mit gelben Flecken. Die chemische Untersuchung des Stieles ergab keinen anorganischen Rückstand. Der dickere Theil bestand aus wenig organischen Substanzen; der Rückstand aus phosphorsaurem Natrium und Kalium.

G. Meyer (Berlin).

11. **Woltering.** Zur Frage Diabetes und Saccharinkakao.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 44.)

Vielfach wird Saccharinkakao als Getränk für Zuckerkranke empfohlen; Eichhorst hat beobachtet, dass in den Fällen von Diabetes mellitus, denen er den Gebrauch von Saccharinkakao zum Morgen- und Nachmittagsgetränk gestattete, die durch den Harn ausgeschiedene Zuckermenge unverändert blieb, oder falls der Harn durch die Diät bereits zuckerfrei gemacht war, in demselben kein Zucker wieder auftrat, trotzdem ja Kakao Stärkemehl in beträchtlicher Menge enthält. W., selbst Diabetiker, stellte bezügliche Beobachtungen an sich an und fand, dass er bereits 2 Stunden nach dem Genusse von 10 g Saccharinkakao 1,10% Zucker ausschied, zu einer Zeit, wo er durch strenges Fasten (nach Cantani) den Urin vollkommen zuckerfrei entleerte. W. benutzte 10 g entölten Kakao (Stollwerk in Köln) mit 250 g Wasser zu einer Tasse Schokolade bereitet und dazu 0,04 g Saccharin. Eichhorst hatte Sprüngli'schen Saccharinkakao in Anwendung gezogen, welcher 0,76% Saccharin enthält. **Prior** (Bonn).

12. **E. Livierato.** Über die Schwankungen der vom Diabetiker ausgeschiedenen Kohlensäure bei wechselnder Diät und medikamentöser Behandlung.

(Archiv für exper. Pathologie Bd. XXV. Hft. 2. p. 161.)

Die Versuche wurden an 3 Diabetikern angestellt, die Kohlensäure mit Hilfe der Respirationskammer nach Pettenkofer bestimmt.

Verf. sagt: »Obgleich ich weit entfernt bin, allgemeine Regeln für die Behandlung des Diabetes mellitus aufstellen zu wollen, so glaube ich doch auf Grund der angeführten Beobachtungen behaupten zu können, dass das Entziehen der Kohlehydrate in meinen Fällen von günstigem und sehr nützlichem Erfolge war, dass die ausschließliche Fleischkost, abgesehen davon, dass sie schlecht von dem Pat. vertragen wird', bei den mageren Diabetikern auch nutzlos sich zeigte, da bei ihnen das Körpergewicht abnahm. Am passendsten zeigte sich besonders bei den mageren Diabetikern die gemischte Kost, bestehend aus Fleisch, Käse, Eiern, Wein, Gemüse, unterstützt von der Darreichung kohlensauren Natrons, welche unzweifelbar eine Herabsetzung des Zuckergehaltes im Harn und eine entsprechende Steigerung der Kohlensäure bewirkte.«

Milchsäure hatte keinen wesentlichen Einfluss auf die Zuckerausscheidung.

F. Röhmann (Breslau).

13. **Codivilla.** Stenosi del piloro da pilorite iperplastica. Divulsione digitale. Guarizione.

(Gazz. degli ospitali 1888. No. 78.)

Ein 54jähriger kräftiger Mann, von Jugend an ein starker Esser, litt seit 16 Jahren an Magenbeschwerden. Erst zeigten sich nach der Mahlzeit Schmerzen im Epigastrium, später gesellte sich Erbrechen massenhafter Speisereste dazu. Im letzten Jahre hatten diese Beschwerden sich erheblich gesteigert. Das Erbrechen trat alle 2—3 Tage, immer mehrere Stunden nach der Mahlzeit auf, wonach der Kranke sofort Erleichterung hatte, auch der vorher erheblich erweiterte Magen nahm nach dem Erbrechen wieder normale Größe an. In der Pylorusgegend fühlte man eine circumscripte Resistenz. Im Übrigen befand sich der Kranke ganz wohl, hatte sogar guten Appetit und nur im letzten Jahre etwas an Gewicht abgenommen.

Alle bisher angewandten Heilmittel hatten sich als erfolglos erwiesen. In die chirurgische Klinik von Bologna aufgenommen, diagnosticirte Prof. Loreta eine Stenose des Pylorus nicht bösartiger Natur, sondern durch einen chronisch-entzündlichen Process bedingt.

Loreta beschloss chirurgische Beseitigung der Stenose, worauf der Kranke gern einging. Am 30. Januar 1888 wurde die Laparotomie gemacht, der Magen eröffnet, die Stenose des Pylorus konstatirt — er war nicht für die Fingerspitze durchgängig — und dieselbe allmählich erweitert, so dass es schließlich gelang, den Zeigefinger durchzuführen; mehr aber war auf unblutigem Wege der starre, stenotische Ring nicht zu erweitern.

Die Wunde wurde nun geschlossen, der Kranke überstand Alles sehr gut und am 10. Tage konnten die Nähte entfernt werden. Allein Anfang Februar begann wieder das Erbrechen, das erst alle 4—5 Tage, später täglich auftrat, auch die Schmerzen und die Verstopfung erschienen wieder wie vor der Operation, im Übrigen aber befand sich der Kranke ganz wohl. Loreta unternahm daher am 20. Juni 1888 eine nochmalige Laparotomie zur Erweiterung des Pylorus. Es wurde unter Leitung des Fingers ein Dilatationsinstrument in die Pylorusöffnung geführt, sodann wurden beide Zeigefinger eingeführt und der stenotische Ring dilatirt. Auch diese zweite Operation wurde glücklich, ohne Fieber etc. überstanden. Am 16. Tage konnte der Kranke das Bett verlassen.

Die Krankheitserscheinungen waren nun nahezu völlig verschwunden. Zwar trat Anfang Juli einige Male Erbrechen ein — aber anscheinend nur in Folge von Diätfehlern —, so dass der Pat. als geheilt am 12. Juli entlassen werden konnte.

Kayser (Breslau).

14. **Wickham.** Observation d'intoxication saturnine. (Névropathie. Albuminurie. Guérison.)

(Union méd. 1888. No. 80.)

Der vom Verf. geschilderte Fall betrifft einen 34jährigen Künstler (Maler), welcher außer einer Lungenentzündung keine Krankheiten durchgemacht hatte. Er hat 3 gesunde Kinder, die seit 18 Monaten an chronischer Urticaria leiden,

die sich bei Personen findet, die von »nervösen Eltern« stammen. Wegen starken Zitterns in den Händen, welches ihn arbeitsunfähig machte, suchte er ärztliche Behandlung nach. Im Munde fanden sich Symptome der Bleiintoxikation. Die Anamnese ergab, dass der Pat. bei 3 bestellten Gemälden viel Bleiweiß hatte anwenden müssen. Bei der Arbeit hatte er gewöhnlich den Pinsel mit dem Munde von der Farbe gereinigt. Nach jeder Bestellung hatten sich bei ihm die Erscheinungen der Bleivergiftung eingestellt, welche auf Reisen schwanden. Charakter und Gemüth hatten sich jedes Mal geändert, Verwirrtheit, leichte Reizbarkeit war eingetreten. Die Behandlung bis zur Heilung nach der letzten Intoxikation währte 3 Monate und bestand in Schwefelbädern, Darreichung von Nervinis, Diät etc. Während derselben zeigte sich Eiweiß im Harn, der Athem war meist übelriechend, Störungen des Intellekts, Größenideen. Ataxie der Zungenmuskulatur, fibrilläre Zuckungen der Lippen, Abweichungen der Pupillen, Incontinentia urinae et alvi, Abnormitäten des Kniephänomens waren nicht vorhanden. Dennoch stellte Charcot, dessen Rath bei dem Falle eingeholt wurde, die Diagnose auf allgemeine progressive Paralyse mit intercurrirender Bleivergiftung, die jedoch keine Beziehungen zu den Symptomen von Seiten des Centralnervensystems habe. Während der Beobachtung des Kranken zeigte sich große Geschwätzigkeit, in seiner Wohnung stellte er alle Möbel auf andere Plätze; starke Unruhe, kurz Störungen verschiedener geistiger Funktionen. Schließlich besserten sich alle Symptome, der Urin zeigte kein Eiweiß mehr. Der Pat. konnte seiner Kunst wieder nachgehen; in psychischer Hinsicht waren keine Abweichungen zu erkennen, sein Charakter und Gemüth war wie in früheren Zeiten. Nach Charcot's Diagnose müsste hier eine Remission, keine Heilung eingetreten sein. Jedoch sind während des Remissionsstadiums bei progressiver Paralyse stets Störungen in der Psyche und Charakter wahrzunehmen, die hier nicht vorhanden waren. Sicher bestanden hier Erscheinungen analog denen der progressiven Paralyse, aber die Delirien des Pat. verliefen in anderer Weise. Möglicherweise handelte es sich bei dem nervösen Manne um eine Bleivergiftung mit Cerebralerscheinungen, mit Tremor manuum ohne voraufgehende Koliken. Letztere traten vielleicht später auf, und nun folgten die Erscheinungen der akuten Manie. Das Problem der Diagnose vollkommen zu lösen, erklärt sich Verf. in diesem Falle für nicht kompetent.

G. Meyer (Berlin).

15. **Feuerstein** (Krystynopel). Ein Fall von Morbus Addisonii.
(Wiener med. Blätter 1888. No. 35.)

Diese Mittheilung ist interessant durch mehrere Punkte. Zunächst finden wir die Angabe, dass der Großvater der Pat. an der Bronzekrankheit litt, so dass er vor dem Tode immer schwärzer wurde und schließlich wie ein Mohr aussah. Die Pat. selbst, die erst seit wenigen Monaten an der Verfärbung leiden will, ist eklatant verfärbt, so dass man von einem rauchgrauen Kolorirt sprechen kann; die schneeweißen Skleren und Zähne heben sich auffallend ab. Beachtenswerth ist weiterhin die Thatsache, dass die Schleimhaut der Conjunctiva beiderseits mehrere über hanfkorngroße dunkelbraune Flecken zeigt. Dies ist sehr selten, da sogar nach Manchen die Conjunctiva stets von Pigmentablagerung frei sein soll. Zugleich bestand bei der Pat. eine Nephritis, welche wohl nichts mit dem Wesen der Bronzekrankheit zu thun hat. Die Kranke kam durch anhaltende Verdauungsstörung immer mehr von Kräften, ohne dass aber unmittelbar gefahrdrohende Symptome vorlagen, als unter heftigem Erbrechen, Durchfällen, Wadenkrämpfen in wenig Stunden die Pat. im Koma zu Grunde ging. Eine Ursache für den plötzlichen Ausbruch dieser Erscheinungen, welche an Cholera nostras erinnern, war nicht zu finden. Im Allgemeinen ist der Exitus letalis bei dem Morbus Addisonii nicht oft durch heftiges, unstillbares Erbrechen und colliquative Diarrhoen herbeigeführt.

Prior (Bonn).

16. **Moncorvo et Ferreira.** Sur l'emploi clinique du strophanthus.
(Union méd. 1888. No. 130.)

Die Verff. haben bei 6 Pat. (darunter 4 Kinder im Alter von 15 Monaten, 3 und 7 Jahren) die Tinct. sem. strophanthi angewendet. Alle Kranken hatten

kleinen Puls, verminderte Urinmenge, zum Theil Ödeme. Bei einem Pat. bestand chronische Nephritis mit Symptomen von Intermittens, beim 2. allgemeine Arteriosklerose; das 7jährige Kind hatte Mitralinsufficiens, ebenfalls das 3jährige. Die beiden 15monatlichen Kinder hatten gleichfalls Erscheinungen von Herzerkrankung. Das Mittel hatte stets Vermehrung des Urins, Kräftigung des Pulses und Hebung des Allgemeinbefindens zur Folge. Es wirkte also diuretisch und tonisirend auf das Herz.

G. Meyer (Berlin).

17. **Legrand.** Note sur deux cas de pseudo-rhumatisme infectieux d'origine traumatique.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 44.)

Ein 28jähriger früher stets gesunder Mann quetschte sich den linken Daumen am Rade eines Triebwerkes; die Phalanx des Daumens war gebrochen. Die Wunde heilte völlig. 3 Wochen später nach längerem Aufenthalt in einem kalten Raume erkrankt der Mann mit Frost etc., Schmerzen im rechten Arm und Schulter. Die rechtsseitigen Finger und anderen Gelenke sind gesund, am linken Schenkel eine ziemlich große geröthete, bei Berührung schmerzhafte Stelle. Allgemeinbefinden sehr schlecht, im Urin Eiweiß, Herzschlag stark beschleunigt. Die Diagnose wurde auf infektiösen Gelenkrheumatismus, wahrscheinlich komplicirt mit infektiöser Endocarditis gestellt. Unter Steigerung aller Erscheinungen erfolgte 5 Tage später der Tod. Die Obduktion bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose. —

Der zweite Fall betrifft einen ebenfalls früher ganz gesunden 31jährigen Mann, der sich durch einen Fall im Bade eine komplicirte Fraktur des linken Unterschenkels zuzog. Sachgemäßer Verband. 5 Tage später zeigen sich unter demselben Phlyktänen mit orangerothem flüssigen Inhalt. Antiseptische Behandlung. 4 Tage später Frost, Gelenkschmerzen, Fieber, profuse, übelriechende Schweißsekretion, Eiweiß im Urin; rechte Hand und Daumen geröthet und geschwollen. Nach Abnahme des Verbandes zeigt sich eitrige Infiltration der Muskeln des linken Unterschenkels. Incision, Jodoformverband etc. Trotzdem mehren sich die Symptome von Septikämie; Durchfälle; Schmerz, Röthung, Schwellung des rechten Schultergelenks, dann auch des linken Kniegelenkes. Pericardiales Reiben am Ursprung der großen Gefäße. Beim Verbandwechsel zeigt sich in der Wunde gewöhnlicher Eiter. Der Zustand beginnt sich zu bessern und geht in 10 Tagen in Genesung über. Salicylsaures Natron hatte in beiden Fällen keinen Erfolg gehabt. Die Untersuchung des Eiters wurde nicht ausgeführt. Die in der Überschrift genannte Diagnose dürfte nach Ansicht des Verf. wohl zu Recht bestehen.

G. Meyer (Berlin).

18. **H. Zeehuisen.** Chronische cryptogenetische Pyaemie met uitgang in genesing.

(Militair Geneeskundig Archief 1888. 3 afl.)

Ein 19jähriger Husar erkrankte im Mai 1887, hatte bedeutende Fieberanfälle mit Frost und kritischen Temperaturabfall mit starker Schweißabsonderung. Der Temperaturverlauf war mehr als 7 Monate lang sehr unregelmäßig; Anfangs fast jeden Tag wechselnd von 36,3—40,5 à 41,5° C., später 37—39° C. Das Fieber, das hervorragendste Symptom dieser Krankheit, war meistens in den Nachmittagsstunden am höchsten, doch bisweilen auch mehr am Morgen oder in der Nacht; es wurde nicht beeinflusst von fieberwidrigen Mitteln (Chinin, Salicyl, Antipyrin, Antifebrin, Arsen etc.), auch zeigte sich eine antisyphilitische Kur unwirksam. Eine lokale Ursache wurde nicht aufgefunden; zwar kamen schmerzhafte Gelenkschwellungen zur Beobachtung, aber nie Eiteransammlung. Ein maculös desquamirendes Exanthem wandert über den ganzen Körper. Harn, in den fieberfreien Stunden ohne Eiweiß, wird reichlich (3—4 Liter pro Tag) abgesondert.

Schließlich kehrte die Temperatur zur Norm zurück, der Pat. erholte sich und die Gelenke wurden wiederum frei beweglich.

Feltkamp (Amsterdam).

19. **Gay.** **Tabes dorsalis. Ataxia laryngis.**

(Brain 1888. Januar.)

Die Affektion der Stimmbänder, welche bei dem 35jährigen Tabiker ziemlich gleichzeitig mit den anderen tabischen Erscheinungen (Augenmuskellähmungen, Argyll-Robertson'sches Phänomen, Ataxie der Oberextremitäten, Westphal-sches Zeichen) aufgetreten war, bestand in sehr häufigem Herabsinken der Stimme in ein hohes Falsett; laryngoskopisch: guter Stimmbandschluss bei Phonation, dagegen geschieht bei der Inspiration die Abduktion ganz arhythmisch, ruckweise, bei völlig regelmäßiger Athmung. **Tuczek** (Marburg).

20. **Dirmoser** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der Reflexepilepsie. Claviculärfraktur als ätiologisches Moment. Heilung auf operativem Wege.**

(Internationale klin. Rundschau 1888. No. 33.)

19jähriger Bursche, der im Alter von 9 Jahren sich eine rechtsseitige Schlüsselbeinfraktur zugezogen, die vernachlässigt wurde und mit Dislokation heilte. Dreiviertel Jahr nach der Verletzung war ein epileptoider Zustand eingetreten mit Aura an der Verletzungsstelle und vorübergehender Schwindel (ohne Bewusstseinsstörung). Ähnliche Zustände wiederholten sich in Zwischenräumen von Monaten, bis mit 16 Jahren typische epileptische Anfälle, immer mit von der Stelle der Verletzung ausgehender Aura, sich einstellten. Seit ca. 3 Jahren täglich Anfälle, innerhalb der letzten 3 Monate sogar 3—5 jeden Tag. Druck auf das Acromialende ist stark schmerzhaft (wahrscheinlich Druck auf den Plexus brachialis); man kann dadurch öfters epileptische Anfälle hervorrufen, die durch starken Druck auf den Medianus früher zum Schwinden gebracht werden können. Rechter Arm schwächer als linker, Druck auf 2.—5. Intercostalnerven rechts empfindlich.

Durch Operation (Resektion und Naht der Bruchenden) wird in den nächsten Tagen die Zahl der Anfälle gesteigert (6 pro Tag), um dann abzunehmen und nach ca. 4 Monaten ganz aufzuhören. Leider wurde Pat. ein halbes Jahr nach dem letzten Anfalle von akuter Lungenphthise befallen, der er erlag. Sektion ergab einen ziemlich negativen Hirnbefund, Schädel war exquisit dolichocephal, Schädeldach mit der harten Hirnhaut verwachsen. **A. Freudenberg** (Berlin).

21. **Moravcsik** (Budapest). **Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirns.**

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1888. No. 20.)

Der von M. mitgetheilte Fall ist dadurch interessant, dass Symptome der »Hysterie« als Folge syphilitischer Veränderungen auftraten, welche — wie die Sektion ergab — mehr oder minder ausgesprochene Alterationen auf dem ganzen corticalen Gebiete des Groß- und Kleinhirns darstellten.

44jährige Pat. (Vater hat an konvulsivischen Anfällen gelitten; sie selbst hat Typhus und Syphilis durchgemacht, wegen letzterer Inunctionskur gebraucht), heirathete mit 22 Jahren, kinderlos, ergab sich nach dem Tode des Mannes der Prostitution, erwarb in letzter Zeit ihren Unterhalt als Friseurin. Am 24. August 1885 zuerst ambulant behandelt: heftige Kopfschmerzen, Schwindel, konfuses Handeln, wirre Reden; manchmal plötzlich auftretender Harndrang. Am Rücken narbige Einziehungen als Folge abgelaufener ulcerativer Processe; Infiltration der Inguinal- und Halsdrüsen. Besserung auf Brom- und Jodkalium. 31. August: Taubsein der linken Seite (erhaltene Sensibilität). Ende September: vollständige Anästhesie der linken Stirnhälfte, schwand auf Faradisation, kehrte aber wieder. Am 22. December 1885 Aufnahme ins Krankenhaus: Anästhesie der linken Stirnhälfte mit gesteigerter elektrischer Erregbarkeit. Wechselnde Stimmung, kindisches Benehmen, vergesslich; verschiedene Parästhesien, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindelanfälle. Besserung auf Jodkalium. 11. Januar 1886: außer der linken Stirnhälfte auch linke Nasenhälfte und Oberlippe anästhetisch, mit gesteigerter elektrischer Erregbarkeit (galvanischer Nervenreizbarkeit und Muskelreizbarkeit) im betr. Facialisgebiete. Weiterhin abwechselnd heftige Kopfschmerzen,

Erbrechen; Erscheinen prominenter rother juckender Flecken an Brust, Rücken und Beugeseite der Extremitäten; abwechselnd anästhetische und wieder empfindende Hautstelle oberhalb der linken Augenbraue. Hochgradige Empfindlichkeit der Rücken- und Armmuskulatur, Parese des linken Facialis, Dilatation der linken Pupille. Endlich im rechten Arm starker Tremor und rhythmisches Zucken; große Unruhe Nachts, Hallucinationen, verworrenes Benehmen, Harn- und Stuhlretention, später hartnäckiger, allen Maßregeln widerstehender Durchfall. Tod unter rechtsseitiger Pneumonie am 24. Juni 1886. Sektion: Syphilitisches Gumma der rechten Insel und der hinteren Abschnitte linkerseits, chronische Leptomeningitis und Periencephalitis. Krupöse Pneumonie des linken Oberlappens, chronische Cystitis mit Hypertrophie, Dilatation der Ureteren und beiderseitige Hydronephrose (Verdoppelung des Nierenbeckens und Harnleiters der linken Niere). Bei histologischer Untersuchung der gehärteten und gefärbten Hirnstücke zeigten sich im ganzen Gebiete des Groß- und Kleinhirns die Spuren einer Encephalitis syphilitica in ihren verschiedenen Stadien. In der Hirnrinde erschienen die Blutgefäße erweitert, um welche eine Anhäufung lymphatischer Zellen sichtbar wurde, außerdem größere Vascularisation. Die lymphoiden Zellen häuften sich theils mit Vorliebe um die Blutgefäße herum, theils in den Lymph- und pericellulären Spalten, in einzelnen Fällen drangen sie sogar in die Zellsubstanz ein. Die Gefäßwandungen verdickt, hauptsächlich Intima und Adventitia, beide mit Granulationszellen erfüllt. Die Nervenzellen an Zahl vermindert, durch leere pericelluläre Spalten und Bindegewebsmaschen ersetzt. Die Fortsätze der Zellen fehlen theilweise oder gänzlich, zeigen alle Stadien der von Meynert beschriebenen Difformitäten; Anquellen, spindelförmiges Aussehen, Körnchenzerfall, Schwund, Erblassen des ganzen Protoplasmas und des Kernes, Kerntheilung, partielle und totale Atrophie sind in großer Auswahl vorhanden. Kerne verlängert, von regelloser Form, oft excentrisch gelagert. Pericelluläre Räume sehr dilatirt; Pigmentatrophie selbst an solchen Stellen bedeutend, wo dieselbe normal nicht einmal im Greisenalter erscheint, z. B. an den Purkinje'schen Zellen des Kleinhirns. Alle Veränderungen in der linken Hemisphäre am ausgesprochensten. Großhirnrinde hauptsächlich in der motorischen Zone, Insel und hinterem Abschnitte des Occipitallappens verändert. Das Ammonshorn beiderseits in hochgradiger Atrophie (welche — nebst den Veränderungen der motorischen Zone — von M. mit den epileptiformen Anfällen der Pat. in Beziehung gebracht wird). Rinde des Kleinhirns stark infiltrirt mit lymphoiden Zellen; Fortsätze der Purkinje'schen Zellen größtentheils fehlend oder gebrochen, der Zellkörper hier und da zerfallen, gezackt; große pericelluläre Spalten; Pigmentatrophie (s. o.), varicöse Hypertrophie der Zellen. Die auf der linken Stirn- und Gesichtshälfte beobachteten Sensibilitätsstörungen sind nach M. auf die bei der Sektion konstatirte Veränderung der Trigeminusscheide — welche nicht näher charakterisirt wird — wesentlich mit zu beziehen.

Eulenburg (Berlin).

22. **Eichhoff.** Zur Frage der Kontagiosität der Alopecia areata.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888. No. 20.)

E. scheidet die Fälle von Alopecia areata in 3 Klassen. Zur ersten gehören diejenigen Fälle, welche sicher auf Kontagion zurückzuführen sind, das sind ca. 30%. Die zweite Klasse von Fällen, ca. 9%, lässt sich auf Gemüthserregungen zurückleiten. Bei der 3. Reihe von Fällen lässt sich kein bestimmtes ursächliches Moment finden. (E. ist also kein unbedingter Anhänger der trophoneurotischen Ätiologie, lässt sie dagegen immerhin für eine Anzahl von Erkrankungen gelten. Man vergleiche dagegen die neueste Arbeit von Samuel, Virchow's Archiv 1888. Ref.)

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 23. März.** 1889.

1. **W. Loewenthal.** Expériences biologiques et thérapeutiques sur le choléra.

(Compt. rend. hebd. des séances de l'Acad. des sciences 1888. T. CVII. No. 27.)

2. **Hueppe.** Sur la virulence des parasites du choléra.

(Ibid. 1889. T. CVIII. No. 2.)

3. **Cornil.** Sur la thérapeutique du choléra à propos des expériences de M. Loewenthal.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 5. p. 157.)

Bekanntlich verliert der Cholerabacillus durch längere Kultivirung auf den gebräuchlichen künstlichen Nährmedien die Fähigkeit, toxische Produkte zu bilden. Diese Fähigkeit kann man ihm nach den Versuchen des Verf. durch Benutzung eines Nährbreies, welcher besteht aus: 500 g gehacktem Schweinefleisch, 200 g gehacktem Schweinepankreas, 100 g Maggi'scher oder Grault'scher Leguminose, 15 g Pepton, 10 g Traubenzucker und 5 g Kochsalz, wiedergeben

(das wirksame Princip in diesem komplicirten Gemisch ist, wie L. später fand, der Pankreassaft, dessen Anwesenheit bei gleichzeitigem Vorhandensein des nöthigen stickstoffhaltigen Nährmaterials zum Gelingen des Versuches ausreicht). Inficirt man ein Kulturgläschen, welches gewöhnliche sterilisirte Bouillon enthält, mit dem Cholerabacillus, und tödtet nach 48stündiger Entwicklung der Kultur durch abermaliges Sterilisiren die in ihr enthaltenen Keime, so ist ihre toxische Wirkung vernichtet; 1 g einer Maus in die Bauchhöhle injicirt, übt keine nachtheilige Einwirkung auf dieselbe aus. Dagegen erzeugt eine auf dem obigen Nährbrei angelegte, im Übrigen aber ganz analog behandelte Kultur schwere Erkrankung und eventuellen Tod des Thieres. Nach Ansicht des Verf. ist es die Gegenwart des Pankreassaftes im Darm, welche auch bei der Cholerainfektion des Menschen es dem Bacillus erst ermöglicht, die zur Entfaltung seiner pathogenen Wirkung nöthige Menge toxischer Produkte zu bilden. Von dieser Annahme ausgehend, empfiehlt er zur Behandlung der Cholera die Darreichung des Salols, eines Medikamentes, welches, wie bekannt, den Magen unzersetzt passirt und erst im Darm unter dem Einfluss des pankreatischen Saftes gespalten wird. Er erwartet von seiner Anwendung um so mehr Nutzen, als Hinzufügen von selbst nur 0,1 g Salol zu 10 g Pankreasnährbrei die Entwicklung des Cholerabacillus verhindert, resp. die bereits in ihm zur Entwicklung gelangten Bacillen tödtet. (Ob das in das Salol gesetzte Vertrauen sich bei der Cholerabehandlung des Menschen rechtfertigen wird, bleibt zunächst abzuwarten, da wir anderweitig genügend darüber belehrt sind, dass aus Versuchen im Reagensglase Schlussfolgerungen über die Verhältnisse im menschlichen Körper mit Sicherheit nicht gezogen werden dürfen. Ref.)

H. reklamirt für sich und Sahli die Priorität des Gedankens, das Salol zur Behandlung der Cholera empfohlen zu haben. Er macht darauf aufmerksam, dass er schon längere Zeit vor dem Erscheinen der L.'schen Mittheilung Versuche über die Kultivirung des Cholerabacillus im Inneren von Eiern publicirt habe (cf. Centralblatt für Bakteriologie Bd. IV p. 80), aus denen hervorgeht, dass der letztere bei Luftabschluss außerordentlich viel schneller als bei freiem Sauerstoffzutritt größere Quantitäten toxischer Substanzen zu produciren vermag. Möglicherweise sei daher auch das Ergebnis der L.'schen Versuche nur darauf zurückzuführen, dass in den mit Brei erfüllten Kulturgläschen die Oxydation und Vernichtung der in Rede stehenden Substanzen durch den Sauerstoff beschränkt wird.

Diesem Einwande gegenüber hält L. in einer späteren Erwiederung (Comptus rendus No. 4 p. 192) die Behauptung aufrecht, dass das wirksame Moment in dem von ihm verwandten Nährbrei ausschließlich der Pankreaszusatz sei. Es gehe das in evidenter Weise daraus hervor, dass ein analog zusammengesetzter Brei ohne jenen Zusatz den Bacillen keine toxische Wirkung ertheile, während andererseits mit Pankreatin versetzte Bouillon dies thue. —

C. berichtet über weitere in seinem Laboratorium durch L. angestellte Experimente, welche einige bemerkenswerthe Ergänzungen über die eventuelle Anwendbarkeit und Wirksamkeit des Salols zur Bekämpfung der Cholerainfektion bringen. Meerschweinchen, welche nach der Methode von Koch durch Einführung von Kommabacillen in den Magen inficirt wurden, scheinen in der That der tödlichen Wirkung des Virus zu widerstehen, wenn ihnen nachträglich eine genügende Menge Salols eingeführt wird.

In einem derartigen Versuche erhielt ein Kontrollmeerschweinchen ausschließlich Sodalösung per os und Opiumtinktur in Form einer intraperitonealon Injektion. Ein zweites empfing außerdem per os 2 ccm einer gewöhnlichen Cholerabacillenkultur in Bouillon; ein drittes desgleichen 5 ccm. Zu gleicher Zeit wurde ein viertes auf dieselbe Weise, wie 2 und 3 mit 10 ccm inficirt, demselben aber nachträglich 0,2 Salol eingebracht. Nummer 1 blieb am Leben, 2 starb nach 48, 3 nach 24 Stunden. Nummer 4 zeigte gar kein Krankheitssymptom und lebt noch. In ähnlicher Weise an Mäusen angestellte Versuche, hei denen eine Mischung der Bouillonkultur mit Mehl verfüttert wurde, ergaben gleichfalls ein positives Resultat; die verabfolgte Dosis Salol betrug hier ungefähr 0,1 g. Trotz dieser ermuthigenden Ergebnisse schließt C. sein Referat mit dem gewiss gerechtfertigten Bemerken, dass allein der direkte Versuch am cholerakranken Menschen entscheiden kann, ob den L.'schen Beobachtungen wirklich ein praktischer Werth zukommt oder nicht.

A. Fraenkel (Berlin).

---

4. Török und Pollak. Über die Entstehung der homogenen Harncylinder und Cylindroide.

(Archiv für experim. Pathologie u. Therapie Bd. XXV. Hft. 1.)

Verff. haben die Entstehung der homogenen Cylinder durch klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen, wie auch durch histologische und chemische Untersuchungen und durch Experimente am Thier zu eruiren gesucht, und schließen sich, gestützt auf ihre Resultate, den Anhängern der Transsudationstheorie an; wonach die homogenen Cylinder aus der Coagulation eines direkt aus dem Blute in die Nierenkanälchen transsudirten Eiweißstoffes entstehen, während sie eine Bildung derselben aus Zellen oder deren Derivaten vollständig ausschließen. Die Hauptstütze für ihre Ansicht bildet einmal die äußere Form der Cylinder und Cylindroide, sodann die Beobachtungen, welche zeigen, dass die betreffenden Gebilde bei einfachen Cirkulationsstörungen, bei ganz normalem oder nur wenig verändertem Nierenepithel, oft so rasch in der Niere und im Harn auftreten, dass eine homogene Metamorphose der Epithelien oder die Bildung und Verschmelzung der Vacuolen in so kurzer Zeit unmöglich wäre. Die Cylindroide sind zweierlei Ursprungs; ein Theil stammt aus den Nieren, ein anderer aber bildet sich extrarenal aus dem Sekrete der Prostata, der Cowper'schen und Littre'schen Drüsen,

der Schleimdrüsen der Harnblase, des Uterus und der Scheide, und unterscheidet sich von den renalen Cylindroiden, welchen sie morphologisch vollkommen gleichen, nur durch die Unlöslichkeit in Essigsäure. Gegen die Bildung der Cylindroide aus Zellen oder Vacuolen spricht auch der Umstand, dass sie sich neben beinahe intaktem Epithel finden und nie Querstreifen zeigen (die Grenzlinien der noch nicht zusammengeflossenen Zellen oder Vacuolen). Ferner kommen Cylindroide im Harn sehr häufig vor, während Vacuolen im frischen Harn und in den Harnkanälchen sehr selten sind. Für die Entstehung der Cylinder, die sich bilden, wenn die Menge des Transsudates hinreicht, um das Lumen der Harnkanälchen ganz auszufüllen, und genügende Starrheit besitzt, gilt dasselbe wie für die Cylindroide und namentlich spreche dafür das Experiment; die von anderen Forschern gerade auf diesem Wege gewonnenen gegentheiligen Ansichten suchen die Verff. zu widerlegen und für ihre eigenen Annahmen zu verwerthen. Gegen die Abstammung der Cylinder aus den Epithelien spreche das anatomische Verhalten, gegen solche aus den Vacuolen besonders die zwischen beiden bestehenden chemischen Unterschiede.

Die Vacuolen selbst, welche die Meisten als Sekretionsprodukte der Nierenepithelien ansehen, halten Verff. in der Hauptsache als degenerirte und dann durch Aufsaugung von Flüssigkeit aufgequollene Zellen.

Die homogene Cylindersubstanz spielt auch bei Bildung der Zellencylinder und körnigen Cylinder eine wichtige Rolle.

In Bezug auf die Frage, wo diese Substanz transsudirt, äußern Verff. ihre Ansicht dahin, dass die Transsudation nicht bloß in den Glomerulis, wie angenommen wird, vor sich geht, sondern auch in den Harnkanälchen; ob die Nierenepithelien bei Bildung der homogenen Cylinder mitwirken oder nicht, glauben sie nicht mit voller Bestimmtheit beantworten zu können. Über jene Faktoren, welche das Gerinnen bewirken, enthalten sie sich ebenfalls eines selbständigen Urtheils und erwähnen nur die hierüber geltenden Hypothesen.

Markwald (Gießen).

---

5. **Liebermeister.** Über Tuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 39—42.)

Symptomatologie: L. unterscheidet 3 Stadien der Erkrankung: Phthisis incipiens, confirmata und consummata. Im ersten Stadium entwickeln sich die Erscheinungen schleichend, meist in Form eines Katarrhs mit Husten und Auswurf, abendlichem Fieber, Abmagerung. Hereditäre Disposition, vorausgegangene Lungenerkrankungen, Skrofulose bestärken den Verdacht. Die Perkussion ergiebt in vielen Fällen noch kein sicheres Resultat; durch die Auskultation kann jedoch meist das Vorhandensein eines circumscpripten Katarrhs in den Lungenspitzen nachgewiesen werden, wenn die übrigen Symptome noch Zweifel übrig lassen. Im Laufe der Zeit werden die Er-

scheinungen der Perkussion und Auskultation deutlicher, so dass Infiltrationszustände nunmehr mit Sicherheit in den Lungenspitzen sich nachweisen lassen, die Erkrankung ist in ihr zweites Stadium getreten. Der Husten nimmt zu, das Sputum hat eine schleimig eitrige Beschaffenheit, wird münzenförmig, ein Zeichen der Kavernenbildung. Nachweis elastischer Fasern. Das Fehlen derselben lässt aber nicht auf langsamen oder fehlenden Zerfall schließen. So lange der Zerfall in schnellem Fortschreiten begriffen ist, sind die Tuberkelbacillen meist sehr zahlreich vorhanden; sie können spärlich sein oder zeitweise fehlen bei langsamem Zerfall. Häufig erfolgt Hämoptoe, selten gehen die Pat. direkt an derselben zu Grunde. Sie ist gewöhnlich eine Folge der Tuberkulose, unter Umständen allerdings auch durch andere Ursachen veranlasst. Zuweilen ist sie das erste Zeichen der Erkrankung, häufiger gehört sie den späteren Stadien an. Gewöhnlich führt sie zu einer Verschlimmerung der Prognose. Des Weiteren treten hektisches Fieber, Nachtschweiße, Abnahme des Körpergewichts, Dyspnoe, Abnahme der vitalen Kapacität hinzu. Hin und wieder ist die Differentialdiagnose zwischen wirklicher Tuberkulose und chronischer Pneumonie erschwert. In solchen Fällen wird die Untersuchung auf Bacillen von entscheidender Bedeutung sein, das Fehlen derselben wird jedoch nur mit Vorsicht für die Ausschließung der Tuberkulose zu verwerthen sein. Die Phthisis consummata ist gekennzeichnet durch den Nachweis ausgedehnter Zerstörungen in den Lungen. Zu den positiven Zeichen einer Kaverne gehören metallisch klingendes Rasseln, amphorisches Athmen, Metallklang, tympanitischer Perkussionsschall, verbunden mit Wintrich'schem Schallwechsel, das Geräusch des gesprungenen Topfes, die Pectoriloquie. Bald folgen sekundäre Erkrankungen in anderen Organen, besonders Kehlkopfphthise, hervorgerufen durch Einimpfung tuberkulösen Auswurfs. Ausnahmsweise ist allerdings der Kehlkopf das Atrium morbi. Sehr häufig entwickeln sich tuberkulöse Darmgeschwüre, charakterisirt meist durch hartnäckige Diarrhoen und Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Ihre Entstehung ist zumeist zurückzuführen auf eine lokale Infektion durch verschluckte Sputa. Zuweilen entsteht Darmtuberkulose primär. Sekundär wird ferner Miliartuberkulose beobachtet, entweder in der Form der Eruption in der nächsten Umgebung der primär ergriffenen Theile, oder allgemeine Miliartuberkulose. Besonders häufig finden sich die Miliartuberkel in der Milz, Leber, Nieren, in den serösen Häuten, namentlich auch in den weichen Gehirnhäuten. Von nicht specifischen Folgezuständen kommen vor: fettige Degeneration der Leber, seltener amyloide Degeneration der Unterleibsorgane. Der Verlauf ist in der Regel ein chronischer. Die Prognose richtet sich nach dem Stadium. Im ersten Stadium bei nicht hereditär beanlagten Personen, ist sie nicht ungünstig, auch im zweiten noch nicht absolut infaust, da Stillstand, langandauernde Besserung, noch erfolgen kann. Erst im dritten Stadium werden die Aussichten äußerst ungünstige.

Peiper (Greifswald).

---

6. P. J. Möbius. Über reflektorische Pupillenstarre.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1888. No. 23.)

Der gegentheiligen Behauptung von Heddäus gegenüber hält M. daran fest, dass es einseitige reflektorische Pupillenstarre giebt und führt einen Tabesfall an, wobei die linke Pupille allein starr war, die (weitere) rechte Pupille dagegen direkt und consensuell auf Licht reagirte.

Die einseitige reflektorische Pupillenstarre ist desshalb von Interesse, weil aus ihr der Unterschied zwischen reflektorischer Pupillenstarre und sogenannter »Reflextaubheit« (Heddäus) klar wird. Bei letzterer nämlich reagiren, wenn sie einseitig vorkommt, bei Beleuchtung des Auges der Läsion beide Pupillen nicht; bei Beleuchtung des anderen Auges reagiren beide. Bei einseitiger reflektorischer Pupillenstarre reagirt die Pupille auf der Seite der Läsion gar nicht auf Licht, die des anderen Auges aber sowohl direkt wie indirekt. Das anatomische Schema ist so zu denken, dass eine Läsion, welche die centripetalleitenden Pupillenfasern eines Auges peripherisch trifft, einseitige Reflextaubheit hervorruft — während dagegen eine Läsion in der Nähe eines Oculomotoriuskernes, welche dessen Verbindung mit den beiderseitigen centripetalen Pupillenfasern unterbricht, einseitige Pupillenstarre bedingen muss. Letztere ist daher immer auf eine intracerebrale Erkrankung zurückzuführen.

Eulenburg (Berlin).

---

7. J. M. Charcot. De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux.

(Progrès méd. 1889. No. 3. Januar 19.)

Die nach einer Vorlesung C.'s von Gilles de la Tourette kurz zusammengefasste Mittheilung giebt die Erfahrungen wieder, die C. mit der bisher fast unbeachtet gelassenen, von Motchoukowsky aus Moskau im Jahre 1883 vorgeschlagenen, Suspensionsmethode gewonnen hat. Das Aufhängen geschieht vermittels des von Sayre zur Anlegung von Korsetts angewendeten bekannten Suspensionsapparates. Die Dauer der Suspension beginnt mit einer halben Minute und steigt in den alle 2 Tage stattfindenden Sitzungen um eine halbe Minute bis zum Maximum von 4 Minuten. Von 20 zu 20 Sekunden werden die Arme des Pat. erhoben, um den Zug auf die Wirbelsäule zu verstärken. 14 Tabiker, die in dieser Weise in nicht ganz 400 Sitzungen behandelt wurden, boten sichtbare Besserungserscheinungen, die namentlich bei 8 derselben ganz eklatant waren. Die Besserung erstreckte sich zunächst auf den Gang, speciell bei Coordinationsstörungen. Die Kranken gehen schon nach den ersten Sitzungen leichter und sicherer und ohne Stütze. Nach ca. 20 bis 30 Sitzungen verschwand das Romberg'sche Symptom. Dann besserten sich die verschiedenartigen Blasenstörungen, resp. wurden wie-

der völlig normal. Die blitzartigen Schmerzen, so wie die Parästhesien in den Füßen traten zunächst seltener auf, wurden schwächer und hörten in einigen Fällen gänzlich auf. Auch wirkte die Methode auf die bei Tabes so oft erloschenen sexuellen Funktionen in günstigster Weise ein. Das Allgemeinbefinden und der Schlaf wurden stets besser. Die Besserung ist abhängig von der Länge der Behandlung. Bei keinem Pat. traten jedoch die erloschenen Patellar- und Pupillarreflexe wieder auf.

Verf. führt dann noch einige andere Nervenaffektionen an, wo durch die Suspension Besserung erzielt wurde und empfiehlt zum Schluss mit Rücksicht auf die negativen Resultate der bisherigen Therapie der Tabes und auf die immerhin doch erheblichen Besserungsresultate dieser Methode letztere zur weiteren Erforschung.

A. Neisser (Berlin).

---

8. O. Heubner. Über die Scharlachdiphtherie und deren Behandlung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 322.)

H. stellt sich im Eingange seiner Arbeit, wie bereits früher, auf den vor Allem von Henoch betonten dualistischen Standpunkt bezüglich der Scharlachdiphtherie, will aber aus pathologisch-anatomischen Gründen an Stelle der Bezeichnung Scharlachnekrose den Namen Scharlachdiphtherie beibehalten wissen.

Diesem Vorschlage können wir nicht beipflichten und zwar aus denselben Gründen, die Henoch wiederholt gegen die Bezeichnung, »Scharlachdiphtherie« geltend gemacht hat und die uns durch H.'s Auseinandersetzungen nicht widerlegt zu sein scheinen.

Verf. schildert dann auf Grund der von ihm beobachteten Scharlachfälle die bekannten Formen des Scharlachs und der Scharlachnekrose.

An die Schilderung der septischen Form, welche mit metastatischen Gelenkeiterungen, Pleuritiden, Nephritiden und Thrombosen einhergeht, schließt der Verf. die Besprechung der Mischinfektion an, wie dieselbe durch die Arbeiten von Crooke, A. Fraenkel und Freudenberg, und Löffler erwiesen ist.

Als Mittelglied zwischen dem Scharlach und der allgemeinen Sepsis betrachtet H. die Scharlachnekrose, indem er meint, dass in dem nekrotisirten Gewebe der Rachentheile und Mandeln, als gutem Nährboden, der überall vorhandene Streptococcus wuchert, dann in die Lymphgefäße und Lymphdrüsen gelangt, und dass von diesen aus dann der ganze Organismus inficirt wird.

Auf diese Anschauung stützt sich die Therapie der submukösen Einspritzungen einer 3—5 %igen Karbollösung in den weichen Gaumen und die Tonsillen, welche H. seit längerer Zeit anwendet.

P. Meyer (Berlin).

---

9. Doutrelepont. Zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomelöl und Oleum cinereum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 38.)

D. empfiehlt bei Behandlung der Syphilis, wenn möglich, völlige Exstirpation des Primäraffektes, wodurch der Ausbruch der Allgemeininfektion verhindert oder doch der weitere Verlauf der Lues gemildert werde. Sobald die Exstirpation nicht mehr möglich, wendet Verf. zunächst lokal Empl. hydrargyri und innerlich Jodkali an. Sobald sich die ersten Symptome der Lues secundaria zeigen, wird durch Einleitung einer gründlichen Behandlung die Beseitigung aller Symptome erstrebt. Jodkali wird nur nach Quecksilberkuren und bei tertiären Symptomen und dann energisch verordnet. Als in ihrer Wirkung noch nicht übertroffen muss die Schmierkur hingestellt werden, ihr nahe kommen die Quecksilberinjektionen, besonders die Injektionen unlöslicher Hydrargyrumpräparate, welche erst allmählich im Körper in eine lösliche Form übergeführt werden und wegen ihres längeren Verweilens im Körper eine starke Wirkung auf das syphilitische Gift äußern können. Verf. bestätigt die vorzügliche Wirkung der Kalomelinjektionen Neisser's (Ol. olivar 10,0, Calomel. vapor. par. 1,0) und die des Oleum cinereum Lang's (Hydrarg., Lanolin āā 3,0, Ol. olivar 4,0); von ersterem Präparat werden alle 8 Tage eine Pravaz'sche Spritze voll in die Nates injicirt, von letzterem alle 5 Tage an 2 Stellen je 0,1—0,15 ccm in die Glutäalgegend.

Peiper (Greifswald).

10. E. Schwimmer (Budapest). Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie.

Hamburg und Leipzig, Leop. Voss, 1888.

Verf. theilt seine Broschüre in 3 Haupttheile ein, in welchen er folgende drei Fragen der Besprechung und Beantwortung unterzieht:

1) Welches Verfahren vermag den Organismus am besten vor dem Ausbruche der Syphilis zu schützen?

2) Welches Verfahren vermag die schon ausgebrochene Syphilis am erfolgreichsten zu bekämpfen?

3) Welchen Zeitraumes bedarf es, um die Syphilis im befallenen Individuum als erloschen zu betrachten?

S. sieht die Induration schon als den Ausdruck der allgemeinen Infektion an, und hält somit die Exstirpation derselben durch Excision oder Galvanokaustik als abortive Behandlungsmethode für irrationell und aussichtslos. Die Excision des Primäraffektes ist — vorausgesetzt, dass der Kranke seine Zustimmung ertheilt — nur dort auszuführen, wo bei geeigneter Lokalisation der Sklerose, an Stelle einer mitunter unreinen, eine reine Wunde zu setzen ist. Die Drüsenexstirpation hält er für ganz zwecklos, da die Lymphgefäße vom Sitze des Lokalaffektes nicht in einem Strange zur nächsten

Drüse ziehen, sondern in Form zahlreicher Verzweigungen in eine Reihe von Drüsen verlaufen, von denen aus sich eben so zahlreiche oder noch mehr Ausläufer in die verschiedenen Lymphbahnen des Körpers erstrecken.

Zur Beantwortung der zweiten Frage übergehend, verwirft er die sogenannte exspektative Methode und plaidirt energisch für die möglichst frühzeitige Behandlung, welche, wie er meint, für den Verlauf und die Folgen der Erkrankung von größtem Vortheile sei. In der ersten Zeit — bis zur zweifellosen Entwicklung der Sklerose — soll die Behandlung ausschließlich lokal sein; S. verwendet vorwiegend das Salol in Pulverform und das Emplastr. hydrargyri. Ist die Induration deutlich ausgesprochen, so geht er sofort zur Quecksilberbehandlung über. Von den innerlich darzureichenden Präparaten empfiehlt er das Sublimat in Form von Pillen oder Lösungen und das etwas stärker wirkende Hydrarg. tannic. oxydulat. (0,1 2—3mal täglich; wo Diarrhoen auftreten mit einem Zusatz von 0,01 Op. pur. pro dosi). Kalomel empfiehlt er nur in der Kinderpraxis. Von den extern anzuwendenden Mitteln bespricht er kurz die Quecksilberräucherungen, welche in Amerika noch ziemlich gebräuchlich, und die in ihrer Wirkung höchst zweifelhaften Sublimatbäder. Des Längeren verweilt er bei der Inunktions- und Injektionskur. Unguent. cin. lässt er 30mal in Dosen zu je 3,0 und in 6 Cyklen von je 5 Einreibungen auf unbehaarte Hautpartien appliciren. Gleichzeitig giebt er Jod- oder Eisenpräparate, und empfiehlt eine roborirende, aber nicht übermäßige Ernährung. Von den Quecksilberseifen erwähnt er als vorzügliche die von Fanta (Apotheker in Prag). Des Weiteren bespricht er die einzelnen in der Form von Injektionen angewandten löslichen und unlöslichen Quecksilberpräparate, ohne jedoch einem derselben besonderen Vorzug zu ertheilen. Als verlässlichstes aller Mittel erscheint ihm das Unguent. cinereum, nach diesem kommt die, freilich schmerzhafte, Behandlung mit Kalomelöl und Hydrargyr. oxyd. flav., so wie die mit den löslichen Präparaten, weiterhin kommen die Merkurseife und die innerlichen Hg-Präparate. Das Jodkali, welches eine tonisirende und antiseptische Wirkung ausübt, giebt er nach Schluss der Quecksilberbehandlung 2 Monate lang. Von anderen Jodmitteln bespricht er die Tct. jod., das Jodeisen, das Jodoform und das Jodol. Die vegetabilischen Mittel (Holztränke etc.) empfiehlt er zur Unterstützung der anderweitigen Behandlung, eben so das Pilocarpin. Die Güntz-sche Chromwasserbehandlung, die sogenannte Syphilisation, so wie die Schroth'sche Hunger- oder Semmelkur verwirft er als irrationell, hingegen hält er Badekuren, sowohl Thermalbäder, als Schwefelbäder, Seebäder und hydrotherapeutische Maßnahmen für außerordentlich günstige Unterstützungsmittel der Behandlung. Auch die Jodwässer von Hall, Lipik (Ungarn), Ivonitz (Galizien) und Krankenheil hat er öfter mit gutem Erfolge gebrauchen lassen.

Die Frage nach der Behandlungsdauer und endgültigen Heilung

ist schwer zu beantworten. Ein gutes Kriterium giebt der Zustand der Lymphdrüsen, ein besseres die etwaige Descendenz. Im Allgemeinen ist nach 1 1/2—2jähriger rationeller Behandlung mit entsprechenden Pausen ein zufriedenstellendes Resultat zu erwarten. Handelt es sich um Eingehung einer Ehe, so muss die Kur noch andauernder sein.

A. Blaschko (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **K. Katagama.** Über eine neue Blutprobe bei der Kohlenoxydvergiftung. (Aus dem chem. Laboratorium des pathol. Instituts zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. Hft. 1. p. 53.)

Diese Blutprobe besteht darin, dass das kohlenoxydhaltige Blut nach Zusatz von orangefarbenem Schwefelammon und Essigsäure eine schöne hellrothe Färbung annimmt, während das normale Blut grünlich-grau oder röthlich-grüngrau wird.

Am zweckmäßigsten wird die Probe in folgender Weise angestellt: Man verdünnt 1 ccm des zu untersuchenden Blutes mit 50 ccm Wasser, gießt davon 10 ccm in ein Reagensglas und setzt zuerst dazu 0,2 ccm orangefarbenes Schwefelammon (2,5 g Schwefel auf 100 g farbloses Schwefelammon) und 0,2—0,3 ccm 30%ige Essigsäure, indem man das mit dem Daumen zugehaltene Reagensglas 1—2mal leicht umkehrt.

Ein durch Einleiten von Leuchtgas mit Kohlenoxydgas gesättigtes Blut ließ in einer Verdünnung von 1 : 5 bis 1 : 7 den Farbenunterschied des mit und ohne Schwefelammonium behandelten Blutes noch deutlich erkennen, während das Spektroskop bei einer Verdünnung von 1 : 4 und die Hoppe-Seyler'sche Natronprobe bei einer Verdünnung von 1 : 5 ihren Dienst versagten.

Über einige Modifikationen der obigen Probe, so wie über das spektroskopische Verhalten der respektiven Mischung, ist das Original einzusehen.

F. Röhmann (Breslau).

12. **Misrachi et Rifat.** Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la phénacétine (para-acét-phénetidine).

(Bull. génér. de thérap. 1888. Juni 15.)

Auf Grund ihrer Beobachtungen kommen die Verff. zu dem Schlusse, dass Phenacetin eben so energisch als Antifebrile, denn als Nervinum zu wirken vermöge, wie das Antipyrin, dass es dem letzteren in vielen Fällen substituirt, ja demselben vielfach vorgezogen werden könne. Außerdem habe es den Vorzug, vor dem Antipyrin und Antifebrin, dass es nicht toxisch wirke (s. übrigens Lindemann und F. Müller, Therapeut. Monatshefte 1888 No. 6 u. 8) und gut vom Digestionstractus vertragen werde.

Die Untersuchungen über die Wirkung des Phenacetin als Antifebrile erstrecken sich auf Fälle von Malaria, Pneumonie, akute Bronchitis und Tuberkulose. Bei Malaria wurde durch Dosen von 0,4—0,6 in 3stündlichen Zwischenräumen Abfall der Temperatur um 1 1/2° erzielt nebst wesentlicher Erleichterung der subjektiven Beschwerden.

Die Beobachtungen über die Wirkung des Phenacetin als Nervinum betreffen die allerverschiedensten Formen von nervösen und neuralgischen Beschwerden. Im Stiche hat das Mittel gelassen bei einer Anzahl von Migränefällen.

Gestützt auf einige Beobachtungen über Verminderung der Diurese unter Phenacetingebrauch haben die Verff. das Mittel bei einem Fall von nervöser Polyurie mit gutem Erfolge in einer Tagesdosis von 1,5 angewandt.

Seifert (Würzburg).

13. M. Dubay. Neuere Beobachtungen auf dem Gebiete der Metalloskopie und Metallotherapie.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 39, 40, 42—44.)

D. verwahrt sich gegen die Bezeichnung der Metallotherapie als pure »Fata Morgana« oder als Wirkung von Suggestion und theilt mehrere Krankengeschichten mit, laut welchen Heilungen mannigfacher nervöser Störungen durch innerliche Darreichung von Platina, Nickel, Zinn, Gold etc. erzielt wurden, wenn die äußerliche Applikation der genannten Metalle gewisse dirigirende Effekte erzielt hatte. Nicht die während des Anlegens der Metallplatten behaupteten subjektiven Veränderungen (Kälte, Brennen, Formikation etc.), sondern die Veränderungen der »peripheren oder Achselhöhlentemperatur« um 0,4—0,8, der Pulsfrequenz um 4—12 Schläge, der Hautsensibilität, endlich der Druckkraft der Hände um 2—10 kg seien die Hauptfaktoren zur Bestimmung der Eignung oder Nichteignung des Falles einem bestimmten »aggressiven« oder »depressiven« Metalle gegenüber. Bei einigen Kranken will D. unter Einwirkung der agirenden Metallplatten den die Krankheitsform charakterisirenden Krampfanfall ausgelöst gesehen haben (»ekstatische« Reaktion). Bei einem an »Hyperaesthesia thermalis und Hypothermie«, d. h. an Unverträglichkeit der äußeren Temperatur gegenüber, leidenden Arzte bewirkte eine aufgelegte Eisenplatte — wie 0,05 Ferr. purum innerlich gereicht — Temperaturabnahme um 0,4 —, Pulsherabsetzung um 10 Schläge in der Minute. Bei einer weiteren Form der Reaktion gegen aufgelegte Metalle, der »regulativen«, wobei sich die Temperaturen beider Achselhöhlen und die nach D. oft von einander differirenden beiderseitigen Radialispulse ausgleichen sollen, führt das entsprechende Metall »langsam, aber doch nicht weniger sicher« zur Heilung. Nebenbei empfiehlt D. noch die Menli-Hilty'sche Schlafart (Kopf nach unten) bei Schlaflosigkeit aus Hirnanämie und die Sandbäder, d. i. Eingraben der Pat. in 18—20° R. warmen, feuchten Sand bei Spinalirritation. **K. Bettelheim** (Wien).

14. Brieger. Beitrag zur Lehre von der anfallsweise auftretenden Tachycardie.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang. p. 193.)

Eine 33jähr. Frau, die 11mal geboren, leidet seit ihrem 9. Lebensjahre an heftigen Anfällen von Herzklopfen und Athemnoth, die in Zwischenräumen von 6—10 Wochen auf 1—9 Tage eintreten. Seit einem Jahre sind auch in der Herzgegend während des Anfalls heftige Schmerzen vorhanden. Während des Anfalls Orthopnoe, Cyanose, 48 Respirationen, Temperatur 35,4° C., Herzstoß 250. An den Lungen nichts Abnormes, Herzuntersuchung ergiebt nichts Besonderes, nur zuweilen schwaches diastolisches Sausen über der Aorta. Roborantien. In den nächsten 12 Tagen sank die Pulsfrequenz. Druck auf die rechte Ovarialgegend, Kompression des einen Vagus, Elektrisation der Präcordialgegend bewirken Cyanose und Verlangsamung des Pulses. 4 Tage später konnte die Kranke ganz im Wohlbefinden entlassen werden, kam aber 2 Monate später mit denselben bedrohlichen Symptomen wie geschildert in die Anstalt. Dieselben hielten dieses Mal jedoch an. Nach 5 Tagen stellte sich Ikterus, 4 Tage vor dem Tod Temperaturerhöhung (Infiltration beider Lungen hinten unten) ein. Noch in den letzten Lebensstunden Puls 180, Respiration 36. Digitalis und Morphium waren erfolglos. Die Obduktion ergab Myocarditis fibrosa ventriculi sinistri. Dilatatio levis cordis. Thrombosis parietalis ventr. sin. et atrii dextri cordis. Pneumonia duplex lobi inferiosis pulmonis utriusque. Infarctus haemorrh. pulmonum, renis sinistr. Thrombosis ven. jugul. dextr. Atrophia fusca rubra et infiltratio adiposa hepatis cum ictero. Jedenfalls handelt es sich wohl bei der Affektion um Lähmung des Vagus unter Mitbetheiligung des Sympathicus. Von den aus der Litteratur bekannten 30 Fällen paroxysmaler Tachycardie liegen nur 2 mit 2 Sektionen vor. Die makroskopische und histologische Untersuchung des Vagus und Sympathicus hatte negatives Ergebnis.

G. Meyer (Berlin).

15. A. E. Vermey. Malaria te Kampen.

(Militair Geneeskundig Archief 1888. 2. afl.)

Im militärischen Hospital zu Kampen häufen sich oft Krankheitsfälle, die nach V. dem Malariagift zugeschrieben werden müssen. Von den larvirten Formen beschreibt er 4 Typen:

a) Febris intermittens dysenterica. Plötzlich werden die Pat. von Durchfall und Leibschmerzen befallen, meistens in den Morgenstunden, und fühlen sich Nachmittags wiederum sehr wohl. (Milzvergrößerung wird nicht erwähnt.) Chinin und Opiate führen prompt zur Heilung.

b) 5 Fälle, die gleichzeitig in Behandlung kamen, hatten Folgendes gemeinsam: Schnelle Steigung der Körpertemperatur bis 40 und 41° C., Kopfschmerzen, Unbehaglichkeit, Brechneigung und Delirien. Die Milz war vergrößert, Zunge belegt und trocken, Obstipation. Die Dauer der Krankheit wechselte von 2—6 Tagen. Die Temperatur fiel kritisch unter reichlicher Schweißabsonderung und mit Herpes labialis.

c) 3 Fälle von Malariatyphoid werden beschrieben, die auch zur Heilung kamen. Das Fieber verlief Anfangs mehr oder weniger intermittirend, mit der höchsten Temperatur in den Mittagstunden, später unregelmäßig.

d) Endlich ein Fall von Malariapneumonie, wobei die Erscheinungen im Anfang der zweiten Rekonvalescenzwoche recidivirten. **Feltkamp** (Amsterdam).

16. Brieger. Über bakteriologische Untersuchungen bei einigen Fällen von Puerperalfieber.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang. p. 198.)

In 7 Fällen von schwerem Puerperalfieber mit tödlichem Ausgang, welche in der kurzen Zeit von etwa 3 Wochen in der Charité zur Beobachtung kamen (6 mit Obduktion), hat B. in Gememeinschaft mit Dr. Herrlich bakteriologische Untersuchungen der Eiteransammlungen angestellt. Nur an diesen Stellen wurden Mikroorganismen gefunden. Neben den Koch'schen Nährböden wurden solche aus Bouillon und Fleischbrei von menschlichen Muskeln benutzt. Es fanden sich in den meisten Fällen an genannten Stellen im Eiter Staphylococcus albus und aureus; in einem Falle Streptococcus pyogenes neben Stäbchen etwa von der Größe des Typhusbacillus. Dieselben wuchsen langsam in Form von weißen Rasen auf der Nährgelatine, ohne dieselbe zu verflüssigen, und waren bei Thieren nicht pathogen. Bei allen Fällen wurde intra vitam Blut aus den Fußvenen entnommen, theils auf Nährböden ausgebreitet, theils Thieren subkutan eingespritzt. Die Thiere wurden nicht einmal krank, die Kulturen blieben steril. Verf. glaubt daher nicht fehlzugehen, »anzunehmen, dass bei den schwereren Fällen von Sepsis Toxine es sind, die den Tod bedingen«. **G. Meyer** (Berlin).

17. Lasche. Ein nicht gewöhnlicher Fall von Pyämie nach Scharlach.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 46.)

Der auf einer Kurve verzeichnete Temperaturverlauf zeigt das reine Bild einer an Scharlach sich anschließenden Pyämie, die in der 5. Krankheitswoche zur Heilung kam, nachdem sie zu Hämaturie, Pneumonie, Pustelbildung an der Haut und Gelenkschmerzen geführt hatte. **Seifert** (Würzburg).

18. Ellenbogen. Ein Fall von Diphtherie des Pharynx mit gleichzeitigen, symmetrisch ausgebreiteten Hämorrhagien der Haut und innerer Organe.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 32.)

Vor Kurzem demonstrirte Ebstein in der Göttinger medicinischen Gesellschaft (1. März 1888, Berliner klin. Wochenschrift 1888 No. 27) einen Pat., bei welchem symmetrisch lokalisirte oberflächliche Hautentzündungen mit gleichzeitig auftretenden Lähmungszuständen den Verdacht eines infektiösen Ursprunges nahe legten,

so dass Ebstein die Ansicht hegt, dass diese Symptome wahrscheinlich auf eine diphtheritische Basis zurückzuführen seien; ein diphtheritisches Geschwür fand sich nicht. E. beschreibt nun einen Fall aus Redtenbacher's Abtheilung, welcher für die Ebstein'sche Ansicht neue Stützpunkte bringt. Eine 59 Jahre alte Frau erkrankte mit Fieber und Schmerzen an den unteren Extremitäten; unmittelbar darauf traten rothviolette Flecken an den Beinen und dem rechten Arm ein. Bei der Aufnahme in das Hospital, 3 Tage nach der Erkrankung, zeigt sich der rechte Arm prall ödematös, die rechte Hand bläulich bis rothviolett gefärbt; der linke Arm und beide Beine ebenfalls ödematös und zahlreiche Hämorrhagien, oft gepaart mit harten, schmerzhaften Infiltrationen. Am Rücken und besonders am Steißbein zahlreiche ähnliche Hämorrhagien und Infiltrationen. Im Verlauf der Erkrankung traten Schwellungen und Hämorrhagien der Kinnhaut auf, des Abdomen, der Regio iliaca, der Zunge, während an dem linken Arm die Hämorrhagien zunahmen und zu Blasenbildung mit blutig-serösem Inhalte führten. Der weiche Gaumen ist stark geröthet und infiltrirt, zu beiden Seiten der Zunge kommt es zu Geschwürsbildung. Bei der Sektion fanden sich neben einer doppelseitigen lobulären Pneumonia die Hämorrhagien, wie sie bei Lebzeiten der Pat. gesehen wurden, und, was uns besonders interessirt, ein diphtheritisches Geschwür des Pharynx. Die vermuthete Thrombose am rechten Vorderarm fand sich nicht. Die Diagnose Scorbut oder Morbus maculosus Werlhofii ist ausgeschlossen.

Prior (Bonn).

19. **Lorey.** Behandlung der Diphtherie mittels Einblasen von Zuckerstaub.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 46.)

L. empfiehlt möglichst reichliche und, je nach der Stärke der Erkrankung, häufige Einblasungen von Zuckerstaub über die Mandeln, die Rachenwand und in den Nasenrachenraum, bei Ergriffensein des Kehlkopfs auf den Eingang des letzteren, nach der Tracheotomie durch die Kanüle in die Trachea. Daneben dürfe die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden. **Seifert** (Würzburg).

20. **Engelmann** (Kreuznach). Untersuchungen über die antiseptische Wirkung verschiedener gegen Diphtherie empfohlener Mittel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 46.)

Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt E. zu folgenden Schlüssen: 1) Diphtheritis muss nach denselben Principien behandelt werden, welche für analoge Processe in Chirurgie und Geburtshilfe allgemeine Geltung haben. 2) Die zur lokalen Behandlung der Diphtheritis empfohlenen Mittel verdienen zum großen Theil kein Vertrauen, da dieselben nicht hinreichend antiseptisch wirken. 3) Sicher wirken fast nur die auch in der Chirurgie bewährten Mittel in hinreichend starker Koncentration, ihnen gleich die bisher wenig beachtete Essigsäure. 4) Die meisten wirksamen Antiseptica eignen sich wegen ihrer lokal oder allgemein giftig wirkenden Eigenschaften nur schlecht zur Anwendung gegen Diphtheritis. 5) Die Essigsäure erscheint wegen ihrer sicheren antiseptischen Wirkung, ihrer Unschädlichkeit und geringen Reizung besonders empfehlenswerth. Die Eigenschaft, thierische Gewebe leicht zu durchdringen, erhöht ihren Werth. **Seifert** (Würzburg).

21. **O'Dwyer.** Über Intubation des Larynx.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 46.)

Die Resultate der Intubation des Larynx (in Amerika ausgeführt) werden, so viel bis jetzt bekannt, der Zahl von 27% Heilungen entsprechen. Der Autor gesteht zu, dass es im Gegensatz zur Tracheotomie bei der Intubation sehr viel mehr auf die Geschicklichkeit des Operateurs ankommt, dass zum Theil auch unvollkommene Instrumente Schwierigkeiten der Ausführung der Operation bilden. Herunterstoßen von Membranen sei oft der unrichtigen Ausführung der Intubation zuzuschreiben. **Seifert** (Würzburg).

22. Landgraf. Ein Fall von linksseitiger Stimmbandlähmung im Verlaufe einer Pericarditis.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 24jährigen Hausdieners, bei dem im Verlaufe einer Pericarditis eine linksseitige Stimmbandlähmung auftrat, welche dadurch noch an Interesse gewinnt, dass die laryngoskopische Untersuchung zuerst eine Medianstellung und später eine Kadaverstellung des betreffenden Stimmbandes ergab. Verf. sieht in diesem Falle eine Bestätigung des von Semon urgirten Gesetzes, dass bei materiellen den Recurrens betreffenden Veränderungen zuerst die den M. crico-arytaenoideus posticus versorgenden Fasern leiden.

B. Baginsky (Berlin).

23. Landgraf. Ein Fall von sekundärem (infektiösem) Carcinom des Larynx.

(Charité-Annalen XIII. Jahrgang.)

Ein 39jähriger Hausdiener zeigte die sicheren Zeichen eines Ösophaguscarcinoms. Die laryngoskopische Untersuchung des heiseren Pat. ergab an der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand rechts kleine Exkrescenzen von der Farbe der Schleimhaut. Da sich in dem von hier entnommenen Sekret Tuberkelbacillen vorfanden, wurde die Diagnose auf ein tuberkulöses Larynxgeschwür gestellt. Die Obduktion ergab neben einem Carcinom des Ösophagus ein sekundäres, nicht ulcerirtes Larynxcarcinom in der Interaryfalte und von ihr auf beide Ligamenta vocalia übergreifend. Durch diese Beobachtung ist das Vorkommen von sekundärem Larynxcarcinom sichergestellt. **B. Baginsky** (Berlin).

24. K. Bettelheim. Pneumonie mit akuter Spinallähmung.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 3.)

Bekanntlich sind die Pneumonien häufig dadurch ausgezeichnet, dass sie mit cerebralen Störungen einhergehen, die theils anatomisch nachweisbar sind, theils nur vorübergehend Symptome setzen; Komplikationen mit Cerebrospinalmeningitis kommen oftmals zur Beobachtung. Dagegen sind Komplikationen mit Myelitis ungemein selten und nur ganz selten zur Beobachtung gekommen. B. theilt einen Fall mit, in welchem es sich um eine krupöse Pneumonie handelt, welcher nur mehrere Tage die deutlichsten myelitischen Symptome vorausgingen. Die Sektion ergab, abgesehen von dem erwarteten Befund in den Lungen, eine Myelomalacia. Wenn nun auch ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Processen nicht absolut nachgewiesen werden kann, so ist es doch sehr dankenswerth, dass B. auf die Möglichkeit einer pneumonischen Myelitis hinweist. **Prior** (Bonn).

25. A. Weichselbaum (Wien). Über eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer) bedingte Allgemeininfektion.

(Monatshefte für Ohrenheilkunde 1888. No. 8 u. 9.)

Bei der Obduktion einer 54jährigen Frau, welche an einer eitrigen Otitis media sinistra litt, fand Verf. eine akute Rhinitis, akut eitrige Entzündung der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes, Periostitis des Warzenfortsatzes, Phlegmone des Sternocleidomastoideus, beginnende Pneumonie im linken Unterlappen, akute parenchymatöse Nephritis beiderseits. Die Untersuchung der Krankheitsprodukte auf Bakterien ergab überall den Bacillus pneumoniae Friedländer, welcher sich auch auf Schnittpräparaten der betheiligten Organe in mehr oder weniger großer Zahl vorfand. Demnach erscheint die Rhinitis, Periostitis und Phlegmone durch den Bacillus pneumoniae verursacht, eben so ist die Pneumonie als das Produkt dieses Bacillus anzusehen und wahrscheinlich steht auch die Nephritis mit ihm in einem Zusammenhang. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Otitis oder die Rhinitis der primäre Process waren, von denen die übrigen Krankheitserscheinungen und die Allgemeininfektion ausgingen. **B. Baginsky** (Berlin).

26. Netter (Paris). Bakteriologische Untersuchungen über die akute Otitis media.

(Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1888. No. 10.)

Die akute Otitis media ist keine einheitliche Krankheit; es giebt deren mehrere Arten und bei jeder derselben finden sich besondere Mikroben. Wir kennen bis jetzt 4 verschiedene Formen, bei denen sich nachweisen lassen: der Streptococcus pyogenes, der Pneumococcus von Fraenkel, der Pneumobacillus von Friedländer und der Staphylococcus pyogenes. Von allen am häufigsten ist der Streptococcus pyogenes; Verf. fand ihn in 11 Fällen 9mal. Der Pneumococcus Fraenkel findet sich häufig in der bei der Pneumonie, beim Typhus und der Meningitis auftretenden Ohrentzündung. Der Pneumobacillus Friedländer wurde in einem Falle von Zaufal nachgewiesen und der Staphylococcus pyogenes mehrfach im Exsudat der akuten Mittelohrentzündung. Während es bis jetzt noch zweifelhaft ist, ob der letztere im Symptombild der Otitis media besondere Eigenthümlichkeiten erzeugt, finden sich bei der Otitis media in Folge des Streptococcus pyogenes vielfache Komplikationen, subkutane Abscesse, Eiterungen des Warzenfortsatzes, eitrige Meningitis, Sinusthrombose, purulente Infektion. Vielfach finden sich mehrere der oben genannten Mikroben gemeinschaftlich vor. Da sie sich in der Nasenhöhle, dem Munde und dem Pharynx gesunder Menschen auffinden lassen, so liegt der Gedanke nahe, dass dieselben von hier in die Tuba Eustachii eindringen, namentlich wenn im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten Alterationen der Mundrachenhöhle und der Tube nachweislich vorhanden sind. In einzelnen seltenen Fällen können die pathogenen Mikroben durch die Blut- und Lymphbahnen eingeführt werden. Krankengeschichten und 2 Tafeln erläutern die interessante Materie. **B. Baginsky** (Berlin).

27. Guye. Weitere Mittheilungen zur Aprosexia als Folge von nasalen Störungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 40.)

In einem Vortrage, gehalten in einer gemeinschaftlichen Sitzung der Sektionen für Laryngo-Rhinologie und für Otiatrie der diesjährigen Naturforscherversammlung, theilt G. seine weiteren Erfahrungen mit über Aprosexie (s. d. Centralblatt 1888 No. 22).

Man kann seiner Ansicht nach ätiologisch 3 Arten von Aprosexie unterscheiden: 1) eine physiologische Aprosexia, welche als Folge der cerebralen Überanstrengung, als Ermüdungsaprosexie zu betrachten wäre, 2) die neurasthenische Aprosexie, bei welcher die Ermüdungserscheinung veranlasst wird durch pathologische cerebrale Ermüdung, Gedankenflucht etc. und 3) die rein nasale Aprosexie als Retentionserschöpfung. Zwischen diesen 3 Arten könnten natürlich die verschiedensten Kombinationen und Komplikationen stattfinden. Die letzte Form, die nasale Aprosexie, wird durch die Mittheilung von 4 Krankengeschichten illustrirt. Zum Schlusse folgen einige Bemerkungen über die Therapie. **Seifert** (Würzburg).

28. W. Levy (Berlin). Zur Kasuistik der Purpura haemorrhagica.

(Sep.-Abdr. aus Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 36—38.)

Ein 8jähriges Mädchen aus gesunder Familie erkrankte unter den Erscheinungen eines milden akuten Gelenkrheumatismus im linken Fuß- und linken Ellbogengelenke; am 7. Krankheitstage trat eine Purpuraeruption hinzu; unzählige hellrothe Flecke von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, viele mit deutlicher Prominenz im Centrum; an den nächstfolgenden Tagen neuerliche Hämorrhagien der Haut, Halsschmerzen, Ödem der Augenlider. Dabei Temperatur, innere Organe, Harn normal. Am 18. und 19. Krankheitstage heftige Schmerzanfälle in der Magen- und Unterbauchgegend. Am 19. Tage öfteres Erbrechen grün galliger Massen, einmal Blutgerinnsel enthaltend, Koliken, dann mehrere rein blutige Stühle. In den darauffolgenden 11 Tagen wechselndes Auftreten und Zurückgehen ähnlicher Erscheinungen, zeitweilig Ödem und Schmerz im linken Ellbogengelenke. Am 31. Tage heftige Schmerzen im unteren Theile der Wirbelsäule, aktive Beweglichkeit der Hüft- und der Kniegelenke beschränkt, ohne sonstige sinnfällige Sym-

ptome. Die Kranke verlässt am 40. Tage das Bett, erleidet aber während der langsamen Rekonvalescenz mehrmals Hautblutungen und Leibschmerzen, einmal auch kurzdauerndes Ödem des linken Handgelenkes. Verf. ist geneigt, den Fall als eine Schönlein'sche Purpura zu betrachten, jedoch die in der 3. Woche hinzugekommenen abdominellen Erscheinungen drängen ihm die Muthmaßung auf, dass es sich hier nicht um einen typischen Fall handle, der sich der Peliosis rheumatica oder der Purpura haemorrhagica zuschreiben ließe, sondern um eine Erkrankung, die in den gemeinsamen Rahmen der essentielllen transitorischen hämorrhagischen Diathese gehört; er beruft sich hierbei auf 6 ähnliche Fälle von Henoch, nach welchem diese eine besondere Krankheitsspecies bilden. Die Blutungen der Mund- und Rachenschleimhaut, des Tractus gastro-intestinalis, der Conjunctiva und der Meningen lassen aber den besprochenen Fall als eine der Übergangsformen zwischen den einzelnen Purpuraformen erscheinen, bei welchen Übergangsformen nach Scheby-Buch Gelenksaffektionen und zwar nicht nur prodromal vorkommen, sondern als integrirende Bestandtheile des Krankheitsbildes auch länger andauernd, öfter recidivirend, oder auch nur im späteren Verlaufe der Erkrankung auftreten, wie durch 30 Fälle von Scheby-Buch erwiesen wird. Verf. schließt sich also der Ansicht Scheby-Büch's an, wonach auch Peliosis rheumatica mit Purpura simplex und Purpura haemorrhagica auf dieselbe Stufe zu setzen sei und hält den mitgetheilten Fall für einen der von Ersterem statuirten Übergangsfälle. **Schiff** (Wien).

29. **Dreckmann.** Über Heilung eines Falles von Lepra nach der Unna'schen Methode.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888. No. 23.)

Ein Leprakranker, welcher außer den Erscheinungen auf der Haut noch solche auf den Schleimhäuten zeigte, wurde von D. an den Extremitäten mit 10%iger Pyrogallussalbe, am übrigen Körper mit 10%iger Chrysarobinsalbe behandelt. Im Verlaufe der Behandlung wurden auch die entsprechenden Pflastermulle mit Nutzen verwendet. Die Schleimhauterkrankungen wurden durch das Glüheisen beseitigt. Innerlich bekam Pat. Ichthyol. Nach 3 Monaten Heilung der Haut- und Schleimhautefflorescenzen und ganz außerordentliche Hebung des Allgemeinbefindens.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

30. **Muselier.** Erytème marginé fébrile.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 48.)

Eine 28jährige Dienstmagd, welche bis auf einen vor ca. 10 Jahren überstandenen Typhus stets gesund gewesen war, hatte 1 Jahr vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus im Sommer einen rothfleckigen Ausschlag an den Händen, von lebhaftem Unwohlsein begleitet, gehabt. Bei ihrer Aufnahme ins Spital hat sie im Gesicht, auf dem Rücken und Hals eine ganz diffuse Röthung, auf Brust und Bauch flache, rothe, linsengroße Papeln; auf den Extremitäten einen Ausschlag, der sich aus ca. 5 Frankstückgroßen roth geränderten Plaques zusammensetzt, die eine ungefärbte Mitte besitzen und mit ihrem theilweise rundlichen, theilweise sinuösen Rändern zusammenstoßen. Die scharlachrothen Ränder haben eine Breite von 0,5 cm. Der ganze Ausschlag ist etwas erhaben und juckend. Dabei besteht Fieber, Digestionsstörungen, kein Albumen. In den nächsten 4 Tagen blasste das Exanthem bedeutend ab; am 5. stellte sich unter Schwinden des Fiebers Ikterus ein, welcher 9 Tage lang anhielt. Nachdem auch letzterer sich gebessert hatte, war die Pat. vollkommen hergestellt.

M. ist der Ansicht, dass das Exanthem sowohl als auch der Ikterus auf einer gemeinschaftlichen Ursache (Status gastricus, Infektion?) beruhen.

G. Meyer (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 30. März. 1889.

VIII. Kongress für innere Medicin.

Behufs möglichst schneller Veröffentlichung eines richtigen und ausführlichen Referates über die Verhandlungen des diesjährigen Kongresses werden die Herren Vortragenden ergebenst gebeten, mir baldigst nach Beendigung des Kongresses Originalreferate ihrer Vorträge nach Berlin W., Wilhelmstraße 57/58 einzusenden.

A. Fraenkel.

1. **Glover.** Notes et schéma sur la topographie pathologique de l'axe cérébro-spinal.

(Arch. de neurol. 1888. No. 46 u. 47. Juli u. September.)

G. giebt ein techt brauchbares Schema über die Lokalisation auf der Großhirnrinde und den Faserverlauf im Gehirn und Rückenmark nach dem heutigen Stand der Wissenschaft auf 2 Tafeln. Der begleitende Text enthält nur einen Kommentar dazu, einen Überblick über die Forschungsmethoden, welche die bisher bekannten Thatsachen zu Tage gefördert haben, mit ausführlichen Litteraturangaben.

Einiger auffallender, mit dem, was zur Zeit in Deutschland gelehrt wird, in Widerspruch stehender Angaben sei hier gedacht. Als Sehcentrum, dessen Läsion Hemianopsie zur Folge hat, wird der G. marginalis, der vordere Abschnitt des unteren Scheitelläppchens, als corticale Endigungsstätte der sensiblen Bahnen der Hinterhauptslappen aufgeführt; der v. Gudden'schen Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Schleife und Scheitellappen geschieht dabei keine Erwähnung. Mit einer Scheidung des Knieantheils der inneren Kapsel in ein vorderes Aphasiebündel und ein hinteres Bündel, in welchem die Fasern der anderen willkürlichen Antlitznerven verlaufen (Fasciculus geniculatus s. s.) können wir uns einverstanden erklären. Befremdend aber ist die Angabe, dass von dem Pyramidenantheil des Hirnschenkelfußes sich ein Bündel abspaltet, das nunmehr in der Haube weiter verläuft, um im Rückenmark den Vorderstrang (Vorderstranggrundbündel) zu formiren. Den Abbildungen nach kann nur das hintere Längsbündel gemeint sein, wenn auch Lage und Umfang des in Rede stehenden Bündelquerschnitts jenem nicht vollständig entspricht.

Schleife (nach unserer Nomenclatur) und laterales (Türck'sches) Bündel des Hirnschenkelfußes werden als sensibles System zusammengefasst und ziemlich summarisch ohne genügende Berücksichtigung der Zwischenstationen der Rinde, also, entgegen unserer Anschauung, des Hinterhauptlappens, zugeführt. Dass die Stellung des Türck-schen Bündels durch die Thatsache seiner centrifugalen sekundären Degeneration zweifelhaft geworden ist, bleibt unerwähnt.

Tuczek (Marburg).

---

2. **J. Geppert.** Über das Wesen der Blausäurevergiftung.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV.)

Cl. Bernard hat die Beobachtung gemacht, dass während der Blausäurevergiftung das Venenblut hellroth ist. Es liegt am nächsten, den Grund dafür in einem geringeren Sauerstoffverbrauch der Gewebe zu sehen. Da aber noch andere Möglichkeiten vorliegen, hat sich G. die Aufgabe gestellt, durch eine eingehende Untersuchung der Blutgase und Athmungsgase vergifteter Thiere Fundamente für eine sichere Erklärung der Erscheinung zu schaffen und damit die Erkenntnis des Wesens der Blausäurevergiftung zu fördern.

Zur Untersuchung des Gaswechsels benutzte G. 3 Methoden. Die erste derselben ist mit kleinen Modifikationen dieselbe, die Verf. früher in Gemeinschaft mit Zuntz verwendet hat: die ausgeathmete Luft des tracheotomirten Thieres geht behufs Messung durch eine Gasuhr; durch eine automatische Vorrichtung wird davon ein bekannter Bruchtheil zur Analyse abgezweigt. Die zweite und die dritte Methode sind Modifikationen des klassischen Verfahrens, das Regnault und Reiset eingeschlagen haben. Die Veränderungen beziehen sich bei 2 wesentlich auf eine genauere Ermittelung des Sauerstoffverbrauches und sind vom Verf. ausführlich dargelegt. Die 3. Methode gestattet die Anwendung des genannten Verfahrens auch beim tracheotomirten Thiere.

Zur Ermittelung der Blutgase bediente sich G. der von ihm selbst angegebenen Methoden, deren wesentlichster Vorzug darin besteht, dass 5—6 ccm Blut zur Ausführung der Gasbestimmung genügen. Neue Modifikationen sind an der Quecksilberpumpe und am Gasanalysenapparat eingeführt.

Als Versuchsthiere dienten Kaninchen, Katzen und kleine Hunde. Dieselben erhielten per Kilo 1 ccm einer 0,1 %igen Blausäure oder einer (äquivalenten) 0,25 %igen Lösung von Cyankalium.

Bald nach der Vergiftung ist Tiefe und Frequenz der Athemzüge gewachsen. Es tritt Defäkation und Erbrechen auf; der Gang ist unsicher, taumelnd; das Thier ist unruhig. Die Dyspnoe wächst mehr und mehr. Die Unruhe legt sich; Speichelfluss tritt ein, das Sensorium ist noch frei; die Körpertemperatur sinkt. In einem weiteren Stadium treten Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, Zittern, schließlich allgemeine Krampfanfälle auf, während deren die Dyspnoe ihren höchsten Grad erreicht. Schließlich kommt es zur Lähmung; das Thier ist reaktions- und bewusstlos, die Athmung ist sehr verlangsamt und vertieft; die Temperatur sinkt schnell. Entweder tritt jetzt der Tod ein oder das Thier erholt sich allmählich. Schwächere Dosen lassen nur die Anfangsstadien hervortreten.

Die Gaswechselbestimmungen ergaben ein unzweifelhaftes Sinken des Sauerstoffverbrauches. Selbst während das Thier in heftigen Krämpfen lag, war der Sauerstoffverbrauch geringer, wie bei einem ruhenden normalen Thiere. Auch künstlich durch Tetanisirung des Rückenmarkes angeregter Muskelkrampf hatte während der Vergiftung einen weit geringeren Einfluss auf den Sauerstoffkonsum, wie beim gesunden Thiere. Dieser Einfluss der Vergiftung auf die Oxydation, der naturgemäß seine Wirksamkeit wesentlich innerhalb der Muskeln und Drüsen geltend macht, geht, wie die Versuche weiter lehren, der Einwirkung des Giftes auf die nervösen Centralorgane keineswegs parallel: der Sauerstoffverbrauch kann sich bereits wieder heben, wenn die Nervencentren gelähmt oder der Lähmung nahe sind. Nur wenn das Thier auf das allerschwerste vergiftet ist, treffen beide Lähmungen, die der Oxydation und die des Nervensystems zusammen.

Die Kohlensäuremenge im arteriellen und im venösen Blut sinkt während der Vergiftung bedeutend; im ersteren kann sie auf ein Drittel ihres ursprünglichen Werthes zurückgehen; das Venenblut weniger enthalten, wie normales Arterienblut.

Was die respiratorische Kohlensäureausscheidung anlangt, so kann sie normal sein, oder etwas über oder unter der Norm liegen. Wichtig ist aber, dass ihr Verhältnis zum aufgenommenen Sauerstoff steigt. Verf. schließt aus diesen Befunden, dass auch die Kohlensäurebildung weit hinter dem Normalwerth zurückgeblieben, dass sie durch die Blausäurevergiftung sehr energisch gehemmt ist.

Der Sauerstoffgehalt des Venenblutes ist fast eben so hoch, wie der des arteriellen. Daraus erklärt sich die hellrothe Färbung des venösen Blutes. Es fragte sich nur, ob dieses Verhalten, wie Gaethgens glaubte, auf einer festeren Bindung des Sauerstoffs durch das Hämoglobin beruht, oder ob, wie Verf. besonders auf Grund der vorerwähnten Beobachtungen vermuthet, der Sauerstoffverbrauch der Gewebe in Folge der Vergiftung ein abnorm geringer geworden ist. Verf. kritisirt die Versuche und die daraus abgeleiteten Schlüsse von Gaethgens. Insbesondere führt er gegen ihn an, dass in späteren Stadien der Vergiftung das Venenblut wieder normal dunkel werden kann; das Oxyhämoglobin muss also während der Vergiftung reducirbar sein. Ein Versuch ergab ferner, dass es sogar zu einer Zeit, in der das Venenblut hellroth ist, gelingt, dem Blute fast seinen gesammten Sauerstoff dadurch zu entziehen, dass man das Thier Wasserstoff athmen lässt.

Auch andere Versuche sprechen dafür, dass es sich um eine Störung der Funktion der Gewebe handelt, die unter dem Einfluss der Vergiftung den ihnen gebotenen Sauerstoff nicht mehr aufnehmen können. Die Blausäurevergiftung ist demnach eine innere Erstickung der Organe bei Gegenwart überschüssigen Sauerstoffs.

In der That sind die Symptome denen der Erstickung ähnlich; auch die durch hohe Blausäuredosen herbeigeführte schnelle Lähmung gleicht der durch schnelle Sauerstoffentziehung herbeigeführten.

Bezüglich der durch die Vergiftung unterdrückten Fähigkeit der Gewebe, Sauerstoff zu binden, erinnert G. an die von Millon gefundene Thatsache, dass Jodsäure in Gegenwart von Blausäure ihren Sauerstoff unter sonst geeigneten Bedingungen nicht mehr an Ameisensäure abgiebt.

(Dass ein Muskel ohne Mehrverbrauch von Blutsauerstoff eine gewisse Zeit lang sogar übernormale Arbeit leistet, ist denkbar. In G.'s Versuchen ist aber auch die Kohlensäurebildung herabgesetzt. Wie ist dabei eine größere Muskelleistung verständlich? Ist wirklich während der Krämpfe die Blutkohlensäure verringert, ohne dass etwa die respiratorische Ausscheidung eine bedeutende Größe erreicht, so müsste man an die Möglichkeit denken, dass die Fähigkeit des Blutes, Kohlensäure aufzunehmen, in Folge der Vergiftung [vielleicht wegen

hme der Blutalkalescenz] herabgesetzt worden ist. Ist dies
·ird die Erstickung der Gewebe trotz ihrer Umspülung
und CO_2-armen Blute an Sauerstoffmangel [wie Verf.
·ıgleich an Kohlensäureanhäufung erfolgen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

·icz. Über Cytisin. (Arbeiten des phar-
·ts zu Dorpat, hrsg. von Prof. R. Kobert.
Hft. II.)

-gart, Ferd. Enke, 1888.

·ı P. Binet. Note relative à l'action phy-
siologique du nitrate de cytisine.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1888. No. 11. November 20.)

Cytisin ist ein Alkaloid, welches in fast allen Cytisusarten (Papilionaceae) vorkommt und deren Giftigkeit bedingt. Die bei uns in den Gärten als Schmuck- und Zierpflanze kultivirte Species ist Cytisus Laburnum, der Goldregen. Die verschiedensten Theile der Pflanze enthalten das Alkaloid, doch empfehlen sich die Samen als das beste Material zu seiner chemischen Darstellung. Da Cytisin in den gewöhnlichen Alkaloidausschüttelungsflüssigkeiten außer in Amylalkohol sich so gut wie gar nicht löst, rekurrirten die ersten Darsteller Husemann und Marmé zur Fällungsmethode des wässrigen alkaloidhaltigen Pflanzenauszuges (mittels Gerbsäure). Die elementaranalytische Zusammensetzung der freien Base ist nach Husemann $C_{20}H_{27}N_3O$. Besonders charakteristische Farbenreaktionen sind bis jetzt für das Cytisin nicht bekannt. Zum Zwecke des Nachweises des Cytisins in Gemengen, Organen und Harn schüttelte R. die ammoniakalisch gemachten Auszüge mit Amylalkohol in der Wärme aus.

Von Allgemeinerscheinungen bewirken ganz kleine Mengen des Alkaloids beim Menschen Steigerung der Pulsfrequenz, sonst aber keine äußerlich sichtbaren Veränderungen. Bei einer etwas größeren Dosis des Alkaloids stellt sich eine rasch vorübergehende, leichte Excitation des Nervensystems und Beschleunigung der Athmung ein. Ist die Giftmenge noch größer, so kommt es zu wiederholtem Erbrechen, Dyspnoe und schließlich Athemstillstand. Der Eintritt von Krämpfen des ganzen Körpers ist inkonstant, zuletzt erfolgt komplete Lähmung. An den einzelnen Bestandtheilen des Organismus wurden folgende Wirkungen des Cytisins ermittelt:

Das Cytisin verzögert die Sauerstoffabgabe von Seiten des Hämoglobins der rothen Blutkörperchen, nicht nur wenn es dem Blut außerhalb des Organismus zugesetzt worden war, sondern auch im lebenden Organismus selbst. R. erschloss dieses aus der bei Weitem längeren Dauer, während welcher die Oxyhämoglobinstreifen in der cytisinhaltigen Blutprobe gegenüber den cytisinfreien Blutproben spektroskopisch sichtbar blieben.

Von den Wirkungen auf das Nervensystem sind als Erscheinungen von Seiten des Gehirns aus den Vergiftungsfällen am Menschen bekannt zuerst leichte Excitation, später Somnolenz und Koma.

In der Medulla oblongata wird das Athmungscentrum zuerst etwas erregt und nachher vollständig gelähmt und dieser Athemstillstand ist bei Warmblütern die Todesursache. Das vasomotorische Centrum wird zuerst durch Cytisin stark erregt. Die hochgradige Blutdrucksteigerung bei der Cytisin-

vergiftung ist ausschließlich durch eine Reizung des vasomotorischen Centrums bedingt. Das Herz und der periphere vasomotorische Apparat verhalten sich ganz unbetheiligt dabei. Dieser anfänglichen Erregung folgt eine ganz allmähliche Lähmung des vasomotorischen Centrums. Das Rückenmark erfährt durch Cytisin eine starke Reizung der motorischen Ganglienapparate, die sich in heftigen Zuckungen und Krampfanfällen ausspricht, später folgt auch hier Lähmung nach. Am peripheren Nervensystem äußert sich die Vergiftung in einer curareartigen Lähmung, doch sind zu deren Eintritt Dosen erforderlich, die 2—3mal so groß sind, als die minimal letale. Auch eine Lähmung der sensiblen Nerven ist sehr wahrscheinlich.

In künstlichen Durchströmungsversuchen an der ausgeschnittenen Niere war Cytisinzusatz in nicht zu unmäßigen Dosen ohne Einfluss auf die Durchströmungsgeschwindigkeit. Auch am künstlich durchbluteten Froschherz waren schon recht hohe Dosen ohne Einfluss. Die Blutdrucksteigerung nach Cytisin, die sich im Sphygmogramm auch am Menschen darthun ließ, ist rein nervösen Ursprungs.

Von Seiten des Verdauungsapparates ist wiederholt auftretendes Erbrechen das konstante aber einzige äußerlich sichtbare Symptom einer Cytisinvergiftung; es scheint hierbei direkt das Brechcentrum gereizt zu werden.

Für die Untersuchung der Wirkung auf den Uterus stand nur eine trächtige Katze zu Gebote, bei welcher in der That durch Cytisin heftige peristaltische Bewegungen des Uterus ausgelöst wurden.

Über die Ausscheidung des Cytisins giebt R. an, dass sie schon nach 15 Minuten durch die Nieren erfolge, zum kleinen Theil auch durch den Speichel, aber nicht durch den Magen und Darmsaft.

Der Sektionsbefund ergab bei den mit Cytisin vergifteten Thieren meist keinerlei wesentliche pathologische Veränderungen.

Unter den therapeutischen Versuchen mit Cytisin erscheint die Anwendung in einem Falle von paralytischer Migräne bemerkenswerth, wo es deutliche Besserung bewirkte, dagegen bei der spastischen Form dieses Leidens Verschlimmerung. Die empfohlene Dosis ist 3—5 mg.

Die Zusammenstellung der Vergiftungsfälle aus der Litteratur ergiebt, dass bereits in 131 Fällen Vergiftungen durch Cytisus, und zwar fast ausnahmslos Cyt. Lab. vorgekommen sind. Die giftigen Theile waren Blüthen, Schoten, Samen, Rinde, Zweige und Wurzel. Im Allgemeinen dürfte die Prognose günstig zu stellen sein. —

P. und B. hatten in einer früheren Arbeit über die physiologischen Wirkungen eines wässerigen Auszuges von Cytisus Laburnum (»Goldregen«) berichtet; bei der neueren Wiederholung dieser Versuche mit dem reinen Alkaloidsalz (Cytisinnitrat von Merck) konnten die Verff. an Fröschen neben Lähmung des Herzvagus nur rein lähmende Wirkungen (an den Endigungen der motorischen Nerven) nach Art des Curare beobachten; der Lähmung ging weder Steigerung der Reflexerregbarkeit vorauf, noch folgte sie ihr nach; eben so wenig zeigten sich Konvulsionen bei Fröschen. Bei Säugethieren (Ratte, Kaninchen, Meerschweinchen) zeigte sich keine strychninartige Wirkung auf die Reflexerregbarkeit; der Tod trat vielmehr unter zunehmender Schwäche in Folge von Athemlähmung ein; bisweilen wurden als Folgen des asphyktischen Zustandes klonische, spontane und auf reflektorischem Wege nicht zu erzeugende Konvulsionen beobachtet. P. und B. betonen besonders, dass sie im Gegensatz zu den Angaben von Kobert und Radziwillowicz absolut keine strychninartige Wirkung beim Cytisin beobachten konnten.

Die von Kobert und Radziwillowicz nach intravenöser Injektion von Cytisin beschriebene, aber nur vorübergehende Blutdrucksteigerung trat bei Injektion unter die Haut oder in das Peritoneum auch bei vergiftenden Dosen nicht auf und war nur bei direkter Injektion in das Blut zu beobachten.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

5. **E. Schäffer.** Über das sogenannte Hyalin in Lungeninfarkten. (Aus dem Senckenberg'schen Institut in Frankfurt a/M.)

(Fortschritte der Medicin Bd. VI. p. 689.)

Verf. hat Lungeninfarkte verschiedenen Alters auf das Vorkommen des v. Recklinghausen'schen Hyalins und dessen Bedeutung für die Blutungen unter Zuhilfenahme der neuen Weigert'schen Fibrinfärbung geprüft. In ganz frischen Infarkten findet er das Hyalin nie, dagegen stets die von Klebs beschriebenen »globulösen Stasen«. In älteren schon sehr entfärbten Infarkten war die hyaline Thrombose sehr ausgedehnt. Durch die Weigert'sche Fibrinreaktion konnte Verf. nachweisen, dass diese hyalinen Massen aus Fibrinbalken bestanden, die etwas dicker und klumpiger waren, als bei gewöhnlichen nicht hyalinen Gerinnseln. Demnach folgert Verf., dass man kein Recht habe, bei Lungeninfarkten von einem besonderen Stoffe, dem »Hyalin«, zu sprechen und ferner, dass die hyalinen (fibrinösen) Thromben nicht die Ursache der Blutungen sein können, da sie erst sekundär auftreten.

Hansemann (Berlin).

---

6. **Carrieu.** De la pneumonokoniose anthracosique.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 4. Serie. Bd. II. p. 181.)

Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen der Ansicht, dass sich die »Pneumonokoniose anthracosique« der Minenarbeiter von den gewöhnlichen chronischen Pneumonien und den verschiedenen Bronchopneumonien dadurch unterscheidet, dass sie sich an die Wege der Lymphbahnen anschließt und von hier aus zur Bindegewebswucherung führt, einerseits um die Gefäße und Bronchien im Centrum der Läppchen, andererseits an der Peripherie derselben. Auf dem Wege vom Centrum zur Peripherie bleiben nur wenig Kohlenpartikelchen hängen und erzeugen auch hier nur geringe Veränderungen. Auch in vorgerückten Stadien bleibt diese charakteristische Anordnung bemerkbar.

Hansemann (Berlin).

---

7. **O. Bollinger.** Über Entstehung und Heilbarkeit der Tuberkulose.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. p. 479 u. 500.)

Der außerordentlich anregende und lehrreiche Aufsatz des Verf. behandelt einige der wichtigsten Fragen aus der Pathologie der Tuberkulose.

Zunächst wird besprochen die Frage der Ansteckung und ihres Verhältnisses zur Erblichkeit. Bei den ätiologischen Untersuchungen sei es nicht erlaubt, einen Gegensatz zwischen beiden (Infektiosität und Erblichkeit) aufzustellen, wie das vielfach geschehe; vielmehr ergänzen sich beide. Um Infektion handle es sich in jedem Falle, da eine kongenitale Tuberkulose so gut wie auszuschließen sei. Man müsse die Fälle von Tuberkulose in 4 Gruppen scheiden:

1) Infektion eines gesunden Individuums (ohne erbliche und erworbene Disposition).

2) Infektion eines erblich belasteten Menschen.

3) Infektion eines Menschen mit erworbener Disposition.

4) Infektion eines Menschen mit erblicher und erworbener Disposition.

Die Fälle der 1. Gruppe sind selten und die Krankheit hat hier meist eine ausgesprochene Neigung zur Latenz, zum langsamen Fortschreiten oder auch zur vollständigen Heilung.

Die Fälle der 2. Gruppe sind unbestrittenerweise sehr häufig. Hierher gehören alle auf dem Wege der Vererbung auf die Nachkommenschaft übergehenden Schwächezustände, die man kurz unter dem Begriff der physischen Degeneration zusammenfassen kann.

Die Fälle der 3. Gruppe sind gleichfalls sehr häufig. Verf. erinnert kurz an die zahlreichen schädlichen Einflüsse, welche eine erworbene Disposition schaffen können. Je ausgesprochener die Disposition, so führt er weiter aus, um so geringer braucht die Infektion quantitativ einzuwirken und umgekehrt: je geringer die Disposition, um so intensiver und reichlicher müssen die Infektionskeime einwirken, um eine tödliche Tuberkulose entstehen zu lassen.

Die Individuen der 4. Gruppe bilden den fruchtbarsten Boden für das Tuberkelgift.

Das Tuberkelgift sei ein ubiquitäres und es sei wahrscheinlich, dass alle Menschen eben so häufig der Aufnahme des Tuberkelbacillus, wie der pyogenen und septischen Pilze ausgesetzt seien. Es käme aber darauf an, ob die Tuberkelbacillen einen geeigneten Boden vorfinden und daher sei die Gefahr der Infektion, wenigstens beim Erwachsenen, geringer anzuschlagen, als die Gefahr der Disposition.

Ohne Disposition könnten uns die Tuberkelbacillen eben so gleichgültig sein, wie die Eiterkokken dem unverwundeten Körper.

Wie im einzelnen Falle die Tuberkelbacillen in den Körper eingedrungen, entziehe sich meist der Beurtheilung, und daher sei die Tuberkulose eine exquisit kryptogenetische Infektionskrankheit.

Einigen Wegen der Infektion sei man gerade in letzter Zeit nachgegangen und könne er darüber aus Arbeiten der letzten zwei Jahre Genaueres berichten. Es handle sich bei diesen Versuchen um die Würdigung der Frage, in wie weit Milch und Fleisch perlsüchtiger Kühe für den Menschen gefährlich werden.

Nach diesen Versuchen lässt sich mit Bestimmtheit aussagen, dass nicht bloß bei allgemeiner, sondern auch bei lokaler (Lungen-)

Tuberkulose der Rinder die Milch infektiös sein kann. Kurzes Kochen und eben so starke Verdünnung der infektiösen Milch mit gesunder Milch heben die Gefahr auf.

Aus letzterem Grunde ergebe sich der Vortheil der sogenannten Sammelmilch vor der Milch einzelner Kühe, über deren Gesundheitszustand der Einzelne sich nicht orientiren könne.

Mit dem Fleisch perlsüchtiger Kühe verhalte es sich anders. Dasselbe sei nach genauen bakteriologischen Versuchen entschieden weit ungefährlicher als die Milch dieser Thiere.

Ein zweiter Abschnitt behandelt die Heilbarkeit der Tuberkulose. Heute dürfe man an der Heilbarkeit der Krankheit nicht mehr zweifeln. In dieser Beziehung sei das pathologisch-anatomische Material von Leichen solcher Menschen, die nicht an Tuberkulose sterben, sehr lehrreich. Er könne Baumgarten Recht geben, dass in jeder 3.—4. Leiche die Spuren latenter oder geheilter Tuberkulose sich finden. Er habe nun in seinem Institut Versuche darüber machen lassen, in wie weit jene Herde in den Lungenspitzen, die zweifellose Residuen früherer tuberkulöser Processe seien, noch infektiös sich erwiesen. Es stellte sich heraus, dass jede suspekte Spitzenaffektion der Lunge als infektiös und nicht geheilt anzusehen ist, so lange noch käsige oder käsig-kalkige Produkte in ihr vorhanden sind. Ein solcher Herd, so gleichgültig er für den Augenblick sein mag, setzt also den Träger fortwährend der Gefahr weiterer Verbreitung in der Lunge oder einer allgemeinen Miliartuberkulose aus.

Für die Therapie müsse es dankbarer sein, die Disposition prophylaktisch zu bekämpfen, als die Infektion, deren Wege man nicht kennt, hintanzuhalten. Verf. bringt die Statistiken aus 2 Waisenhäusern bei, in denen — obwohl man es vielfach mit eminent erblich belasteten Individuen zu thun hatte — durch die vorzügliche Pflege, die Sorge für Reinlichkeit, ausgiebige Ventilation und Bewegung in freier Luft der Erfolg erreicht wurde, dass die Morbidität an Tuberkulose eine verschwindend kleine wurde. Verf. sieht in diesen Verhältnissen ein Experiment im Großen, welches den Nutzen einer vernünftigen, die Disposition bekämpfenden Prophylaxe erweise.

Derartige Beobachtungen, zu deren Sammlung Verf. auffordert, wären wohl geeignet, noch weitere werthvolle Aufschlüsse zu geben, wie es am besten gelinge, der Massendurchseuchung des Volkes mit Tuberkulose entgegenzuarbeiten. **von Noorden** (Gießen).

---

8. **A. Vogl.** Der Typhus im Münchener Garnisonlazarett unter dem Einfluss der methodischen Bäderbehandlung (Brand).

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII u. XLIV.)

9. Derselbe. Zur Typhustherapie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 48 u. 49.)

An der Hand eines sorgfältig durchgearbeiteten reichen Materials des Münchener Garnisonlazarettes weist Verf. nach, dass der Abfall der

Sterblichkeit am Abdominaltyphus vom Jahre 1868 bezw. vom Jahre 1875/76 an mit keinem anderen ursächlichen Faktor zusammenhängt, als mit dem Beginne resp. der systematischen Einführung der Kaltwasserbehandlung, und dass die Verschiedenheit der Sterblichkeit auf 2 Stationen nach Einführung der Kaltwasserbehandlung ganz allein durch die verschiedene Strenge der Anwendung dieser Methode hervorgerufen wurde. Verf. gelangt in seiner höchst beachtenswerthen Arbeit zu folgenden Schlusssätzen: 1) Da kaum mehr eine Meinungsverschiedenheit darüber besteht, dass den Bedingungen größter Einfachheit und Energie mit völliger Gefahrlosigkeit durch die Brand'sche Methode in hervorragendem Maße genügt wird, so dürfte sich ihre Anwendung für die Behandlung des Abdominaltyphus normal angelegter Menschen mittleren Lebensalters zur Aufnahme in die allgemeine Praxis empfehlen; für den Typhus im Kriege wünschte ich ihr eine bindende Bedeutung beigelegt. 2) Herabsetzung der Temperatur des Bades, so wie Verabreichung der Bäder schon bei etwas tieferer Körperwärme, als hier festgesetzt, können als Verschärfung der Methode in Anwendung kommen und in allen Fällen, welche durch primäre und sekundäre Komplikationen eine Milderung erwünscht machen, steht die Abkürzung des kalten Bades und dann das Anfangs warme, allmählich abgekühlte Bad von v. Ziemssen zur Verfügung. 3) Bei absoluter Kontraindikation jeder Badeprocedur — zeitlich oder für den ganzen Verlauf — ist die medikamentöse Antipyrese unentbehrlich, also nicht als Ergänzung, sondern nur als Ersatz der Hydrotherapie. Ein exspektatives Verhalten ist Angesichts der Leistungsfähigkeit der heutigen Therapie nicht mehr statthaft.

In der zweiten Arbeit giebt Verf. zunächst eine Übersicht über den bisherigen Gang und den gegenwärtigen Stand der Hydrotherapie, wie speciell über die Stellung der verschiedenen Autoren zu dieser Therapie. Zweck und Wirkung der methodischen Bäderbehandlung bestehen vornehmlich nach V. darin, dass sie um so sicherer, je früher sie eingeleitet wird, ohne nachtheilige Nebenwirkungen die Hyperthermie sowohl als auch die übrigen Erscheinungen der typhösen Infektion zu mäßigen und so auch den Fällen von schwerer Infektion einen, wenn auch nicht kürzeren, doch viel milderen Verlauf anzuweisen vermag. **Peiper** (Greifswald).

---

10. **Hagenbach.** Über Nephritis bei akuten Infektionskrankheiten.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXIX. Hft. 2.)

Verf. berichtet über Symptomatologie, Verlauf und Behandlung der akuten parenchymatösen Nephritis, wie sie bei akuten Infektionskrankheiten vorkommt. Aus der sehr ausführlichen Abhandlung, welche im Allgemeinen bekannte Thatsachen enthält, ist Folgendes hervorzuheben. Beim Scharlach ist zu unterscheiden zwischen einer Frühform der Nephritis und der eigentlichen Scharlachnephritis,

welche meist erst in der 3. Woche der Erkrankung auftritt. In 416 Fällen beobachtete Verf. 27mal Urämie. Oftmals bleibt eine gewisse Reizbarkeit der Nieren und Disposition zu Albuminurie zurück. Der Ausgang in chronische Nephritis ist eine Seltenheit. Von weniger Bedeutung ist die Nephritis bei der Diphtherie, die schon am 4.—6. Tage auftritt und meist einen leichten Verlauf ohne Ödeme, mit wechselndem Eiweißgehalt zeigt. Eine unbedeutende Rolle spielt die Nephritis bei den Masern, häufiger scheint dieselbe nach neueren Beobachtungen bei Varicellen vorzukommen; sogar tödliche Fälle sind schon beobachtet. Verf. erwähnt dann das Auftreten von Nephritis bei Stomatitis aphthosa, bei Typhus der Kinder, bei Angina catarrhalis, bei Parotitis epidemica und bei chronischem und akutem Darmkatarrh. Die Bedeutung der letzteren ist bisher noch nicht genügend gewürdigt.

Auch die Grundsätze, welche Verf. für die Behandlung aufstellt, sind die allgemein gültigen: möglichste Schonung des Nierenparenchyms durch Darreichung von Milch und stickstofffreier Nahrung. Für die diaphoretische Behandlung empfiehlt Verf. einen Apparat zur Erzeugung trockener Hitze im Bett, Phénix à air chaud, der in verschiedenen Kliniken der Schweiz mit viel Erfolg angewendet wird. Von diuretischen Mitteln wird Kalomel und Liquor kali acetici besonders bevorzugt. Bei urämischen Anfällen soll Chloroformirung äußerst wirksam sein. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

11. **H. v. Ziemssen.** Die Syphilis des Nervensystems.

(Klinische Vorträge IV, 3. No. 13. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1888.)

In diesem Vortrage behandelt Verf. die Beziehungen der Syphilis zum Nervensystem, und zwar bespricht er zunächst die Syphilis des Gehirns, dann die des Rückenmarks, schließlich die der peripheren Nerven. In knapper anschaulichster Form schildert v. Z. die klinischen Erfahrungen, die bisher auf diesem Gebiete gewonnen worden sind. Neben einer kurzen historischen Übersicht und der Anführung der für jedes Gebiet einschlägigen Autoren hat Verf. einige interessante, zum Theil noch nicht veröffentlichte kasuistische Beiträge eigener Beobachtung jedem Abschnitt beigefügt. Es würde zu weit führen, auf die ohnehin so kurz wie möglich gefassten Details näher einzugehen. Hervorgehoben sei hier nur die Ansicht v. Z.'s in der strittigen Frage des ätiologischen Zusammenhanges der Tabes mit der Syphilis. v. Z. behauptet, »dass ein Kausalzusammenhang zwischen Syphilis und Tabes besteht und dass eine antisyphilitische Behandlung der Tabes nur indicirt ist im Anfangsstadium derjenigen Fälle, deren syphilitische Durchseuchung zweifellos ist«. In Bezug auf die Behandlung der Syphilis des Nervensystems giebt Verf. den Rath, in allen Fällen, in denen Syphilis als Vorkrankheit sich nachweisen lässt und die krankhaften Veränderungen nicht zu weit vorgeschritten sind, wenigstens einen Versuch mit antiluetischer Behandlung zu machen, und bei günstigem Erfolge in der energischsten

Weise fortzusetzen. Die Dauer der letzteren Behandlung soll eine durch Jahre hindurch mit Quecksilber und Jod abwechselnd protrahirte sein. Bei der Bedeutung, die die Syphilis in der Pathogenese der Krankheiten des Nervensystems beansprucht, kann diese Schrift Jedem nur auf das Angelegentlichste empfohlen werden.

A. **Neisser** (Berlin).

12. **Roth.** Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire.

(Arch. de neurol. 1887. No. 42. 44, 46—48, Novbr.; 1888. März, Juli, September, November.)

Die vorliegende mit monographischer Breite angelegte klinische Studie liefert einen werthvollen Beitrag zur Lehre von der Gliomatose des Rückenmarks und der Oblongata (Gliose — Fr. Schultze) und ihrer Diagnosticirbarkeit. Der bisher in der Litteratur niedergelegten stattlichen Zahl von Fällen fügt Verf. 10 weitere hinzu, in denen er die Diagnose auf sehr genaue, meist über längere Zeiträume ausgedehnte Beobachtung unter besonderer Berücksichtigung der Sensibilitätsstörungen, gründet. Er verfügt so über ein Material, ausreichend, um für all die verschiedenen Formen, unter welchen die Gliomatose, jene diffuse Hyperplasie der Glia in der grauen Substanz, besonders der Substantia gelatinosa, mit Neigung zu Höhlenbildung, in die Erscheinung tritt, eine gemeinsame klinische Grundlage zu finden — und zwar zu finden in der eigenartigen Anordnung der Sensibilitätsstörungen.

Das Krankheitsbild, wo es vollständig ist, umfasst:

1) Analgesien und Thermanästhesien, isolirt oder neben einander.

2) Subjektive Sensibilitätsstörungen.

3) Motorische Störungen: Lähmungen und idiopathische Muskelkontraktionen.

4) Trophische Störungen: Dystrophien der Haut, des Unterhautzellgewebes, der Sehnen, Gelenke und Knochen, Muskelatrophien.

Oft genug aber ist das Krankheitsbild unvollständig und umfasst nur einige dieser Symptome in verschiedenen Kombinationen. Das Wesentlichste und Charakteristische für alle Fälle ist:

1) Die Anordnung der anästhetischen Felder nicht nach dem Verlauf bestimmter Nerven, sondern nach Regionen, Zonen, Segmenten des Rumpfes und der Gliedmaßen, wie sie bestimmten Segmenten der grauen Säulen des Rückenmarkes entsprechen.

2) Das isolirte Vorkommen von Herabsetzung der Temperaturempfindung, theils ohne jede andere Sensibilitätsstörung, theils nur in Verbindung mit Analgesie bei Integrität des Tast- (Druck-) und Muskelsinns. »Eine solche Anordnung der Thermanästhesie allein oder in Verbindung mit Analgesie und ohne andere Symptome einer

anatomischen Veränderung des Rückenmarkes oder der Oblongata ist für die Glyomatose pathognomonisch.«

Solche umschriebene regionäre Thermanästhesie kann das erste und jahrelang das einzige Symptom des Leidens sein, welches lange latent bestehen kann, bis eine zufällige Prüfung des Temperatursinns auf dasselbe aufmerksam macht. Sie kann lange stationär bleiben, dann nach und nach an Umfang gewinnen und schließlich die ganze Körperoberfläche beziehen, gelegentlich auch als Hemianästhesie bis zur Mittellinie auftreten. Besteht daneben Analgesie, so erscheint dieselbe in Form von Plaques, für welche ebenfalls das Gesetz der segmentären Anordnung gilt, und welche entweder mit den thermanästhetischen Regionen zusammenfallen oder Inseln in denselben darstellen oder endlich von denselben räumlich getrennt liegen. Für das isolirte Vorkommmen von Analgesie ohne gleichzeitige Thermanästhesie liegt keine Beobachtung vor.

Auch für die seltener zu beobachtende Herabsetzung des Tastsinns ist die segmentäre Anordnung Regel; Ausnahmen von derselben dürften ihren Grund meist im Übergreifen des Processes auf die weiße Substanz haben.

Im Allgemeinen nimmt die Herabsetzung des Temperatursinns einen viel ausgedehnteren Bezirk ein als die des Schmerzsinnes oder anderer Gefühlsqualitäten. Die Oberextremität und der Schultergürtel sind am häufigsten befallen, nicht selten ist das Trigeminusgebiet betheiligt (Affektion der Subst. gelat. Rolandi, aufsteigende Quintuswurzel). Bei ausgedehnterer Anästhesie lassen sich meist Zonen verschiedener Intensität unterscheiden, dazwischen wohl auch intakte Zonen auffinden; bei doppelseitiger Anästhesie besteht meist weder extensiv noch intensiv völlige Symmetrie.

Die subjektiven Sensibilitätsstörungen sind Legion. Dieselben werden theils als mehr oder weniger unbehagliche Sensationen, theils als Schmerzen empfunden und in der mannigfachsten Weise excentrisch gedeutet; alle haben das gemeinsam, dass sie die Aufmerksamkeit der Kranken in hohem Grade beschäftigen und zu hypochondrischer Verstimmung führen.

Unter den vasomotorischen Störungen spielen lokale Hyperämien und Ischämien, Ungleichheit der Pupillen, so wie die erhöhte mechanische Hauterregbarkeit der »hommes autographiques« eine Rolle.

Zu den Dystrophien werden gerechnet die verschiedenen Ernährungsstörungen der Haut (Verdickungen der Epidermis, Exantheme, umschriebene Nekrosen), des Unterhautzellgewebes (Panaritien, Phlegmonen, tumorartige Infiltrationen), Entzündungsprocesse der Sehnenscheiden, der Gelenkenden, Knochenbrüche auf geringfügige Traumen und mit auffallend schmerzlosem Verlauf. Die eine oder andere dieser trophischen Störungen findet sich in der Vorgeschichte oder dem Krankheitsverlauf fast aller dieser Pat., so dass dieselben, eben so wie die vasomotorischen, sekretorischen Störungen, Parästhesien

und Muskelatrophien unter allen Umständen zu genauer Untersuchung des Temperatur- und Schmerzsinnes auffordern sollten.

Die Muskelatrophie stellt in vielen Fällen ein frühes Symptom der Krankheit dar. Sie tritt meist unter der primär spinalen Form auf mit der Lokalisation in den Muskeln der Hand, seltener des Schultergürtels, mit oder ohne Entartungsreaktion. Die Unterextremitäten bleiben fast stets frei. Der Grad der Muskelschwäche überwiegt meist den der Atrophie. Sie befällt mit Vorliebe die Strecker der Wirbelsäule, so dass es zu paretischer Skoliose kommt. Die Lokalisation der Muskelatrophie und Muskelschwäche kann sich, besonders im Anfang, mit der der Anästhesie decken. Außer den Paresen werden auch Muskelkontraktionen, klonische und fibrilläre Zuckungen, so wie Hypertonien nicht selten beobachtet.

Die Differentialdiagnose hat den gegebenen Gesichtspunkten zu folgen; neben der Tabes kommen noch besonders die leprösen Anästhesien in Betracht. Das Leiden scheint gar nicht selten zu sein, die jüngeren und mittleren Jahre besonders zu bevorzugen, Männer mehr wie Frauen. Sein Verlauf ist langsam. Da es einer bedeutenden Besserung fähig ist, spielt die Therapie keine untergeordnete Rolle. Neben der allgemeinen tonisirenden Behandlung werden die Jodpräparate besonders empfohlen; Quecksilberbehandlung in einem Falle brachte Verschlimmerung. Bei der symptomatischen Behandlung ist der Schutz der anästhetischen Haut besonders zu beachten.

Von weiteren Sektionen einschlägiger Fälle verspricht sich Verf. Aufklärung über bisher noch unbekannte Verhältnisse der Leitungsbahnen für die verschiedenen Qualitäten der Sensibilität. Um das isolirte Vorkommen der Thermanästhesie und der Analgesie ohne Tastsinnsstörungen zu erklären, sei man nicht genöthigt, für jede dieser Qualitäten gesonderte Leitungsbahnen anzunehmen; vielmehr würde die Annahme einer verschiedenen Resistenz für die einzelnen von demselben Element geleisteten Funktionen gegen dieselbe Schädlichkeit genügen.

Tuczek (Marburg).

---

13. **Thomas.** Über den Nutzen der Antipyrese.

(Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Köln.)
(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXIX. Hft. 2.)

Verf. redet der internen Antipyrese das Wort und empfiehlt besonders Antifebrin und Antipyrin zur Anwendung in der ärztlichen Praxis. Besonders vortheilhaft wirken diese Mittel, wenn sie mit hydrotherapeutischen Maßnahmen kombinirt werden. Unangenehme Nebenwirkungen der internen Mittel sind nur durch unvorsichtigen Gebrauch derselben veranlasst und es ist in dieser Beziehung eine sorgfältige individuelle Dosirung anzuempfehlen.

Verf. kommt zu dem Resultat, dass die der internen Antipyrese gemachten Vorwürfe hinfällig sind und vindicirt ihr folgende Vortheile: Die Rekonvalescenz wird dadurch, dass sich der ganze Krank-

heitsverlauf günstiger gestaltet, abgekürzt, die durch die Einwirkung der Infektion auf die Eigenwärme hervorgerufenen Hirnsymptome werden beseitigt resp. vermindert, und ein Hauptzweck der hydrotherapeutischen Methode, die Anregung des Nervensystems, wird unterstützt und leichter erreicht. Etwaige schädliche Wirkungen auf Herz, Hirn etc. sind eben so wie bei der Kaltwasserbehandlung durch Excitantien in gehöriger Weise zu bekämpfen. Eine specifische Einwirkung der Antipyretica (antiseptisch) auf die Infektion ist nicht erwiesen, liegt aber auch nach Analogie anderer Mittel nicht außer dem Bereich der Möglichkeit. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

14. Fifty-Sixth Annual Meeting of the British Medical Association held in Glasgow, 7.—10. August 1888.

(Brit. med. journ. 1888. December 8, 15, 22.)

(Schluss.)

In der Sektion für innere Medicin theilte **Affleck** zwei neue Fälle der **Raynaud'schen Krankheit** mit, welche einiges Bemerkenswerthe bieten.

Bei dem ersten Falle, welcher ein 16jähriges Mädchen betraf, handelte es sich um symmetrische Gangrän an beiden Füßen, welche rechts zur Abstoßung der Zehen führte und links die Amputation des Fußes nöthig machte. Der innere Plantarnerv des amputirten Fußes wurde untersucht und zeigte bis zu dem von den kranken Stellen entferntesten Ende totale Zerstörung zahlreicher Nervenbündel und Ersatz derselben durch Fett. Ob die Erkrankung des Nerven zur Gangrän geführt hat, oder umgekehrt, lässt A. unentschieden. Die zu den kranken Stellen hinführenden Arterien zeigten keine Veränderungen. Das Bemerkenswertheste an dem Falle ist die große Ausdehnung der Erkrankung. Bisher sind nur solche Fälle beschrieben, in welchen es sich um Abstoßung von Weichtheilen an den Finger- und Zehenspitzen und höchstens von Phalangen handelte, während hier die vordere Hälfte des Fußes total mumificirt war.

Die zweite Kranke, ebenfalls 16 Jahre alt, zeigte Gefäßanomalien am rechten Arm, welche wahrscheinlich kongenital waren. Es konnte rechts weder an der Brachialis noch an der Radialis und Ulnaris ein Puls gefühlt werden und die rechte Subclavia und Axillaris waren schwächer als die linken. Der Umfang des rechten Armes war ungefähr einen halben Zoll geringer als der des linken, obwohl die Kranke rechtshändig war. Als nun lokale Synkope und später lokale Asphyxie der Finger auftrat, wurde die rechte Hand viel schwerer befallen als die linke, und es kam an ihr sogar zur Gangrän an 2 Fingerspitzen, nach deren Abstoßung jedoch völlige Heilung eintrat. —

Aus Mittheilungen von **Suckling** über **periphерische Neuritis** sei zunächst hervorgehoben, dass derselbe mehrere Fälle von Ophthalmoplegia externa mit Neuritis optica auf alkoholischer Basis beobachtet hat, von denen einer zur falschen Diagnose Hirntumor geführt hatte. Bei 2 Fällen von multipler Neuritis bei Messingarbeitern, welche S. ausführlicher mittheilt, führt er die Erkrankung auf Kupfervergiftung zurück. In beiden Fällen fehlte der Patellarreflex und bei dem einen war deutlich ausgesprochene Ataxie vorhanden. 4 andere Fälle von Ataxie und Verlust des Patellarreflexes bei Messingarbeitern führt S. ebenfalls auf Neuritis in Folge der Metallvergiftung zurück. Einer dieser Fälle wäre sicher für Tabes gehalten worden, wenn nicht die Pupillen vollständig normal gewesen wären. —

Roy und **Adami** berichteten in der Sektion für Pathologie über **Versuche zur Ermittelung des Einflusses vermehrter Arbeitsleistung auf das Herz.** Sie kontrollirten beim Hund vermittels eines von **Rollestone** angegebenen Instrumentes, dessen Beschreibung im Original nachzulesen ist, den intraventrikulären Druck bei Kompression der Aorta. Der intraventrikuläre Druck

im linken Ventrikel während der Systole, welcher beim Hund etwa 130 mm Hg beträgt, kann durch allmähliche Kompression der Aorta bis fast auf 300 mm Hg gebracht werden. Vermehrte Kompression der Aorta steigert nun den intraventrikulären Druck nicht über diese (individuell verschiedene) Grenze hinaus. Ermüdete man das Herz durch wiederholte Versuche, so sinkt dieselbe. Obwohl bei starker Kompression der Aorta beide Ventrikel dilatirt werden, kontrahiren sie sich doch in anscheinend ganz normaler Weise und es zeigt sich, dass ein Theil des Blutes bei der Systole durch Mitralis und Tricuspidalis regurgitirt.

In einer anderen Versuchsreihe ermittelten R. und A. mittels eines besonders konstruirten Plethysmographen gleichzeitig die das Herz in der Zeiteinheit durchströmende Blutmenge und die Einwirkung der Größe derselben auf das Herz selbst. Steigerung des Blutdrucks durch Kompression der Aorta vermehrt nicht die in der Zeiteinheit das Herz durchfließende Blutmenge; wohl aber enthält das Herz mehr Residualblut, die Systole wird vermindert, die Diastole vermehrt. Gesteigerte Zufuhr von Blut zu dem Herz durch Injektion in die Venen führt zur Dilatation, die auch in der Systole bemerklich bleibt. Vermehrte Arbeitsleistung des Herzens hat also weniger ausgiebige Systole und Vermehrung des Residualblutes im Ventrikel zur Folge. Diese physiologische Dilatation führt schließlich, wenn dem Herz zu viel Arbeit zugemuthet wird, zur Dehnung der venösen Ostien und zur Regurgitation durch dieselben während der Systole.

Muthet man dem Herz eine zu große Arbeitsleistung durch Kompression der Aorta zu, so bilden sich an den Herzklappen pathologische Veränderungen und zwar eine ödematöse Verdickung an der Ansatzlinie der Aorten- und am Rande der Mitral- und Tricuspidalklappen. Auch wurden an den erkrankten Stellen Rauhigkeiten bemerkt, welche durch perlschnurartige Ausdehnung von Lymphgefäßen bedingt waren. Stets wurden punktförmige Ecchymosen an den erkrankten Stellen gefunden. Die Lokalisation des Ödems an den Klappen ist ganz dieselbe wie die der bindegewebigen Verdickungen, welche bei Krankheiten mit hohem intraarteriellem Druck auftreten.

Ein in der Sektion für Chirurgie gehaltener Vortrag von Thorburn: The distribution of paralysis and anaesthesia in injuries of the cervical region of the spinal cord reproducirt im Wesentlichen bereits früher Veröffentlichtes (cf. d. Centralblatt 1888. No. 8). **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

Kasuistische Mittheilungen.

15. P. Guttmann. Über eine Reflexwirkung auf die Athmung bei Reizung der Corneaäste des Trigeminus.

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. Hft. 2.)

In einem sehr schweren mit tiefem Koma verlaufenden Falle von Atropinvergiftung bei einem 4jährigen Knaben machte G. die Beobachtung, dass bei Reizung der Cornea mit dem Finger kein reflektorischer Lidschluss stattfand, dass dagegen bei jeder Berührung der Cornea, selbst schon beim Anhauchen derselben, sofort reflektorisch der Athmungsstillstand und zwar in Exspirationsstellung des Thorax eintrat. Die Dauer des Athmungsstillstandes betrug 5—9 Sekunden; der Wiedereintritt der Athmung nach einer solchen Pause begann stets mit einer tiefen Inspiration, dann zeigten die folgenden Respirationen wieder den normalen Rhythmus. Die Erscheinung wurde auch dann noch beobachtet, als nach dem Nachlassen der schweren Vergiftungserscheinungen eine leichte Schließung der Augenlider reflektorisch durch Berührung der Cornea zu Stande kam. Die Reflexwirkung auf die Athmung bei Ausbleiben des Lidschlusses erklärt G. durch eine höhere Erregbarkeit des Athmungscentrums gegenüber dem des N. facialis. Die bisher unbekannte Reflexwirkung auf die Athmung von der Cornea aus findet ihr Analogon in dem mehrfach beschriebenen Einfluss, den Reizung des Trigeminus auf die Athmung ausübt, und zwar in verlangsamendem Sinne, aber nur, wenn dabei kein Schmerz hervorgerufen wird; in dem beobachteten Falle, wo der letztere durch das tiefe

'es Pat. ausgeschlossen war, konnte darum auch die rein exspiratorische der Cornealreizung zu Tage treten. **Markwald** (Gießen).

16. Über meningitische Erscheinungen beim Typhus abdominalis.

('sches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 2 u. 3.)

über 12 im Hamburger allgemeinen Krankenhause beobachtete altyphus, welche zugleich unter deutlichen Symptomen einer Bei 3 Pat. erfolgte der Exitus. Der makroskopische Befund n war völlig negativ. Auch die bakteriologische Untersuchung n positiven Ergebnis. Verf. glaubt, dass die im klinischen Bilde nektion des Nervensystems möglicherweise auf besondere mikroskonur konstatirbare Veränderungen der Centralorgane zurückzuführen sei, auf Veränderungen, wie sie Schultze in Fällen von Meningitis nachgewiesen habe.

Peiper (Greifswald).

17. H. Schmidt. Beitrag zur Lehre von den Recidiven und Recrudescenzen des Abdominaltyphus.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 2 u. 3.)

Unter 561 Typhen der Leipziger medicinischen Klinik fand Verf. 38 sichere Recidive = 6,8%. Die Dauer derselben schwankte zwischen 6 und 22 Tagen. Sämmtliche Fälle endigten mit Genesung. Der Anfang des Fiebers war nur in 24 Fällen ein staffelförmiger, in den übrigen 12 Fällen setzte das Fieber steil ein. Die Recidive mit staffelförmigem Fieberanfang erwiesen sich als die leichteren. In Bezug auf die Ätiologie erwiesen sich die Recidive in erster Linie abhängig vom Charakter der Epidemie, d. h. von den jeweiligen Eigenschaften des Typhusgiftes; eben so wurden gröbere Diätfehler in der Rekonvalescenz Gelegenheitsursache. Schwere Typhen schienen weniger als mittelschwere und leichte Fälle zu Recidiven zu disponiren. Der Einfluss der Behandlungsmethoden auf die Häufigkeit der Recidive erwies sich als zweifelhaft, die Individualität des Kranken von keiner Bedeutung.

Recrudescenzen wurden im Ganzen 27 beobachtet, von denen 17 staffelförmig, 10 mehr oder weniger steil begannen.

Die Entstehung von Recidiv oder Recrudescenz glaubt Verf. nicht auf eine zweite ektogene Infektion zurückführen zu müssen, sondern darauf, dass ein Theil des bei der primären Infektion aufgenommenen Giftes in irgend einem Organ nicht zur Entwicklung gelangt und von diesem aus gelegentlich den Organismus von Neuem überfällt. **Peiper** (Greifswald).

18. Moller. Zwei Fälle von Pyothorax nach der Curschmann'schen Methode und mit Creolinauswaschung behandelt.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 44 u. 45.)

M. berichtet ausführlich über den günstigen Verlauf zweier desolater Rippenfellentzündungen, welche nach der bekannten Bülau'schen Methode entleert wurden und vollkommen gute Resultate lieferten. Zum Auswaschen des Thorax benutzte M. $^1/_2$%ige warme Creolinlösung; zur Desinfektionslösung in der Flasche 2%ige.

Prior (Bonn).

19. K. Ruhemann. Über Lungensyphilis.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Verf. berichtet in dem ersten Abschnitte seiner Arbeit über 73 Fälle von Lungensyphilis Erwachsener, die aus der Litteratur gesammelt sind, und reiht ihnen 4 Fälle an, die er selbst beobachtet hat. Auf Grund dieser Zusammenstellung und eigener Erfahrung entwirft er ein Bild von den Symptomen, der Diagnose, der Therapie und pathologischen Anatomie der Lungensyphilis. Was die pathologische Anatomie betrifft, so zeigen sich 3 Formen: 1) gummöse, 2) fibröse und indurative, 3) eine ulceröse, zu Kavernenbildung tendirende; letztere beiden gelangen auch durch ihren klinischen Befund zur Perception, während sich bei der gummösen

Form gar keine objektiven Zeichen nachweisen lassen. In Bezug auf die Diagnose wird hervorgehoben, dass hauptsächlich das positive resp. negative Ergebnis der antiluetischen Therapie, ferner der Ausschluss der Tuberkulose für die Entscheidung der Krankheit in Betracht zu ziehen seien. **J. Ruhemann** (Berlin).

20. Smirnow. Über Gastritis membranacea und diphtheritica. (Aus dem pathologischen Institut zu Straßburg.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. Hft. 2.)

Verf. hatte Gelegenheit, 6 Fälle von sogenannter Magendiphtheritis zu untersuchen, in welchen sich die Affektion im unmittelbaren Anschluss an eine Rachendiphtheritis entwickelt hatte und als eine Fortsetzung des Processes angesehen worden war. Er fand jedoch in 4 Fällen nur eine mehr oder weniger bedeutende Hyperämie und Extravasation ohne starke rundzellige Infiltration, eine mehr oder weniger starke Ablösung des Drüsenepithels, jedoch so, dass es immer noch seine normalen Eigenschaften bewahrt hatte, und Membranen, die nur als fibrinös, schleimig- und eitrig-fibrinös bezeichnet werden konnten; ferner war der Zusammenhang der Membranen mit dem darunter liegenden Gewebe überall ein solcher, dass die Grenze zwischen beiden meistens deutlich blieb.

Verf. glaubt in Hinsicht auf diese Produkte und auf die gesammten anatomischen Verhältnisse diese Fälle nur als fibrinöse Entzündungen, nicht als eigentliche Diphtheritis bezeichnen zu müssen. In den zwei anderen Fällen dagegen bestanden hochgradige Veränderungen degenerativen Charakters, besonders im Drüsenepithel, als hyaline Degeneration der Zellen bei Diphtheritis bekannt — Quellung der Zellen, Verschwinden des Kernes und Umwandlung der Zellen in glänzende homogene Schollen, die dann zusammenschmelzen und so zum Aufbau des Balkenwerkes der Membran dienen, vereint hiermit noch Nekrose des Bindegewebes der Mucosa selbst, so dass es sich unzweifelhaft um einen echten diphtheritischen Process handelte, wenn auch nur in seinen Anfangsstadien.

Aus der Untersuchung der beiden letzten Fälle stellt Verf. weiterhin den Ablauf der Veränderungen bei der eigentlichen Diphtheritis im Gegensatz zu Örtel in der Weise fest, dass 1) der Process nicht mit der Entzündung anfängt, sondern mit einer Nekrose des präformirten Gewebes, die mit der Bildung hyaliner Produkte einhergeht. 2) Diese Produkte liefern das Hauptmaterial für die Entwicklung der Membranen erster Bildung. 3) Wenn entzündliche Veränderungen bei der Rachendiphtheritis beobachtet wurden, so handelte es sich dabei um spätere, wahrscheinlich schon um Erscheinungen der Reaktionsperiode.

Markwald (Gießen).

21. G. Chauvin et G. Jorissenne. Du traitement des hémoptysies par l'iodoforme.

(Progrès méd. 1888. No. 20.)

Verff. empfehlen auf Grund zahlreicher Fälle das Jodoform als ausgezeichnetes, schnell wirkendes und selten Recidive herbeiführendes Blutstillungsmittel. Das Jodoform wirkte in Fällen, wo Ergotin im Stiche ließ. Die Verff. gaben in der Mehrzahl der Fälle gleichzeitig mit dem Jodoform Tannin (5 cg Jodoform, 10 cg Tannin für eine Pille, von denen 3—5 täglich genommen werden), nur in einigen Fällen Jodoform allein (5 cg Jodoform für eine Pille, täglich 3—5 Pillen).

Ed. Krauss (Bern).

22. Gräser. Einige Beobachtungen über Verhütung des Malariafiebers durch Chinin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 42.)

Verf. hatte Gelegenheit, auf 5 Reisen nach Ostasien, den Werth der prophylaktischen Verabreichung starker Chinindosen in dem wegen der Malaria gefürchteten Hafen von Batavia zu erproben. Die Art der Verabreichung war die, dass die gesammte Mannschaft am Abend der jeweiligen Ankunft je 1 g Chininum muriaticum in Jenever gelöst und eben so am 8., 12. und 16. Tage nach der Ankunft

erhielt. Am 10. und 14. Tage wurde je 0,5 g verabreicht. Der Erfolg dieser Maßregel musste als ein sehr guter bezeichnet werden, indem sowohl eine Abnahme in der Zahl als auch in der Stärke der Malariainfektionen zu verzeichnen war.

Peiper (Greifswald).

23. **Hegge** (Greifswald). Über den Zusammenhang zwischen Chorea minor mit der Polyarthritis rheumatica acuta und der Endocarditis. (Aus Geh. Rath Mosler's Klinik.)

(Wiener med. Blätter 1888. No. 41 u. 42. p. 1293 u. 1325 ff.)

Es kommt zweifellos vor, dass die Chorea auftritt in Zusammenhang mit der Polyarthritis und Endocarditis, das wird von keiner Seite in Abrede gestellt; nur muss man entschieden davor warnen, die Ansicht zu stützen, als ob Chorea und Polyarthritis rheumatica resp. Endocarditis stets zusammengehören, so dass man eine Chorea ohne rheumatische Erkrankung nicht kenne. Das geht viel zu weit; auch heute noch beharrt Ref. bei seiner Ansicht (Berliner klin. Wochenschrift 1886 No. 2: Prior, Über den Zusammenhang zwischen Chorea minor mit Gelenkrheumatismus und Endocarditis), dass ein Zusammenhang der Chorea mit der Endocarditis und dem akuten Gelenkrheumatismus als allgemein gültig nicht bestätigt werden kann, dass vielmehr für die überwiegende Mehrzahl der Choreaerkrankungen das Zusammentreffen mit Herzerkrankungen ausgeschlossen ist. Auch die spätere Veröffentlichung von Brieger z. B. zeigt nur, dass das Zusammentreffen beider Krankheitsformen möglich ist und in der That vorkommt. Die Mittheilungen H.'s zeigen, dass auch in der Greifswalder Klinik unter einer größeren Reihe von Choreaerkrankungen in den letzten Jahren oftmals das Zusammentreffen der Chorea mit rheumatischen Affektionen und Endocarditis beobachtet werden konnten. Es werden 5 Fälle mitgetheilt: Der 1. Fall erinnert an den von Brieger (Berliner klin. Wochenschrift 1886 No. 10) veröffentlichten Fall; der 2. Fall hat seit einem Jahre häufiger an Gelenkrheumatismus gelitten. Zur Zeit der Chorea besteht kein Herzklopfen; an der Herzspitze aber ein deutliches systolisches Geräusch, so wie ein zweiter unreiner Ton. Im 3. Falle soll die Chorea bewirkt sein durch einen akuten Gelenkrheumatismus, welcher 2 Jahre vorher bestanden hatte, vollständig heilte und keine Recidive zeigte. Im 4. Falle wurde während der Chorea eine Insufficienz der Mitralis konstatirt, während vorher in der poliklinischen Behandlung eine Herzerkrankung nicht gefunden worden war. Der 5. Fall zeigt eine Pat., welche vor 3 Jahren an Chorea behandelt worden war, zu welcher Zeit eine Insufficienz und Stenose der Mitralis notirt wurde; dieselbe Pat. erlag schließlich einer neuen Attacke des Gelenkrheumatismus und der Kompensationsstörungen; die Sektion stellte die Richtigkeit der Herzerkrankung fest. Es bestätigen also auch diese Mittheilungen, dass Chorea im Verlaufe einer Infektionskrankheit auftreten kann und dass von den Infektionskrankheiten die Polyarthritis rheumatica dieses am häufigsten bewirkt, dass aber nicht jede Chorea diese »rheumatische Diathese« haben muss, ja dieses nur in der Minderzahl der Fälle zutrifft; man darf keinesfalls eine Chorea einfach zurückführen auf eine rheumatische Erkrankung, welche mehrere Jahre vorher bestanden hat. Die Ätiologie der Chorea ist eben keine einheitliche.

Prior (Bonn).

24. **Renvers.** Über Lymphosarkomatose mit rekurrirendem Fieberverlauf.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 37.)

Ein 31jähriger Eisendreher wurde auf der Leyden'schen Klinik behandelt an einer Erkrankung, die innerhalb eines Jahres unter dem Bilde zunehmender Anämie und Kachexie mit periodenweise auftretendem Fieber, Anschwellung der Leber, Milz und der retroperitonealen Lymphdrüsen und andauernder Diazoreaktion des Harns verlief. Dabei keine Vermehrung der weißen Blutkörperchen, aber stetig zunehmende Verminderung des Hämoglobingehaltes. Die einzelnen Fieberperioden waren meist von 7tägiger Dauer, die fieberfreien Intervalle betrugen zwischen 6 und 13 Tage. Während der ganzen Dauer der Erkrankung bestand eine verhältnismäßig hohe Pulsfrequenz. Pat. erlag dem letzten Fieberanfall, während dessen

sich Ödem der Unterextremitäten, Ikterus, Schmerzen in der Milzgegend und zum Schluss Koma eingestellt hatte.

Bei der Sektion ergab sich eine lymphosarkomatöse Veränderung der beträchtlich geschwollenen retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen mit metastatischen gleichzeitigen Veränderungen in der Milz und der Leber.

Statt der von Ebstein gewählten Bezeichnung: chronisches Rückfallfieber schlägt R. die obige Bezeichnung oder die des rekurrirenden Lymphosarkoms vor.

Seifert (Würzburg).

25. **Hopmann.** Heilung eines »Morbus Basedowi« durch Besserung eines Nasenleidens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 42.)

Verf. konstatirte bei einer Pat., welche an einer Rhinopharyngitis sicca mit ausgedehnter Borkenablagerung in der Nase und am Rachendache litt, Exophthalmus besonders rechterseits, erhebliche Stenocardie und allgemeines Schwächegefühl, Symptome, die ihn zur Annahme einer inkompleten Form von Morbus Basedowii führten. Durch zweckentsprechende Behandlung des Nasenleidens trat eine Heilung des Morbus Basedowii ein. **Peiper** (Greifswald).

26. **Mitchell Bruce.** The comparative value of Codeine and Morphine in the treatment of Diabetes.

(Practitioner 1888. Juli.)

Verf. hat bei 2 Diabeteskranken neben strenger Diät Codein und Morphium, das erstere als phosphorsaures Salz, das letztere als salzsaures angewendet und vergleichende Untersuchungen über die Wirkungen beider angestellt. Beide verminderten das Volumen des Urins, setzten das specifische Gewicht herab und eben so den Zuckergehalt, jedoch trat die Wirkung des Morphiums schneller ein und erwies sich kräftiger als die des Codeins. Ein Einfluss auf die Gehirnthätigkeit machte sich nicht geltend, wenigstens bei dem jüngeren Pat., einem 13jährigen Knaben, während bei dem älteren, einem 64jährigen Manne, etwas Schlaflosigkeit vorhanden war; die narkotisirende Wirkung fehlte, so lange der Zuckergehalt im Abnehmen begriffen war und das Medikament per os 3—4stündlich gereicht wurde; nur bei hypodermatischer Anwendung des Morphiums wurde die Einwirkung auf das Gehirn wahrnehmbar. Verf. giebt desshalb dem Morphium den Vorzug vor dem Codein, zumal das erstere in erheblich kleineren Dosen (6 Gran pro die!) verabreicht werden kann als Codein (ca. 21 Gran!). **Markwald** (Gießen).

27. **C. Hochsinger.** Über einige Besonderheiten der Auskultationserscheinungen am Herzen und den großen Gefäßen bei Kindern im frühesten Lebensalter.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1888. No. 40 u. 41.)

H. hat bei 100 Kindern der ersten 6 Lebensjahre mit hochgradiger Anämie und verschiedenen fieberhaften Krankheiten eine systematische Untersuchung des Herzens und der großen Gefäße vorgenommen mit dem sehr bemerkenswerthen Ergebnis, dass bei Kindern in den ersten 3 Lebensjahren accidentelle Herzgeräusche nicht vorkommen und dass dieselben, in den zunächst folgenden Altersstufen noch selten, erst nach dem 6. Lebensjahre in der gleichen Weise, wie bei Erwachsenen, sich finden. Dasselbe gilt für die großen Halsarterien, während über den Halsvenen laute Nonnengeräusche bei allen schwer anämischen Kindern auch auf der frühesten Altersstufe zu hören sind.

Die Wichtigkeit der ersteren Beobachtung für die Diagnostik der endocarditischen Affektionen im frühesten Kindesalter ist einleuchtend.

P. Meyer (Berlin).

28. **Bourneville.** Notes sommaires sur deux cas d'idiotie avec cachexie pachydermique (idiotie cretinoïde).

(Arch. de neurol. 1888. No. 48. November.)

Zwei weitere Fälle von Kretinismus komplicirt durch Myxödem bei wahrscheinlich völligem Schwund der Schilddrüse. Dieselben reihen sich den früheren Beob-

achtungen desselben Verf. (cf. d. Centralblatt 1887 No. 40) auf das engste an; auch hier die supraclavicularen und axillären Fettgeschwülste und die Hernien dort Leisten- hier Nabelbrüche). **Tuczek** (Marburg).

29. **P. Michelson.** Über Nasensyphilis.

(Sammlung klin. Vorträge No. 326.)

Unter Mittheilung einiger Krankengeschichten bespricht Verf. die Pathologie und Therapie der Nasensyphilis. Nach der mitgetheilten Statistik, welche 42 Fälle (Mauriac, Schuster und M.) umfasst, ergiebt sich, dass die Gefahr einer syphilitischen Erkrankung der Nase und des Nasenrachenraums in der Zeit von 1 bis 3 Jahre nach der Ansteckung am größten ist. Die Frühformen der Nasensyphilis sind anatomisch noch nicht untersucht, klinisch stellen sie sich dar als einfache Hyperämie oder als Plaques. Bei den Spätformen fanden Sänger und E. Fraenkel kleinzellige gummöse Infiltration der Schleimhaut, des Perichondriums und des Periosts, mit consecutivem Zerfall und Nekrose; in einzelnen Fällen sind die Weichtheile erst sekundär erkrankt. Auch die Knochen des Schädelgrundes, besonders das Keilbein, können mit erkranken. Weiterhin kann es zur Bildung der sogenannten Sattelnase kommen, deren Ursache Verf. mit Moldenhauer in einer narbigen Schrumpfung des Bindegewebes sieht, welches die häutige und knorpelige Nase an die Nasenbeine anfügt. Es werden dann weiterhin die differentialdiagnostischen Momente zwischen Syphilis und Tuberkulose der Nase und die Therapie besprochen und verweisen wir auf das Original. **B. Baginsky** (Berlin).

30. **A. Huber.** Ein bemerkenswerther Fall von traumatischer Blasen- und Mastdarmlähmung mit umschriebener Anästhesie. (Aus der med. Klinik in Zürich.)

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 39 u. 40.)

Nach einem 5—6 m tiefen Sturz auf das Gesäß traten bei dem 24 Jahre alten Kranken sofort heftige Schmerzen in den Sitzbeinknorren, der Lendengegend, dem Kreuzbeine, längs beider Ischiadici ein, war der Kranke nicht mehr im Stande sich zu erheben, Harn zu entleeren und Stuhl zurückzuhalten. Wirbelsäule druckunempfindlich. In den Beinen das Gefühl des Eingeschlafenseins. Maximale Flexion der Beine im Hüftgelenke macht Schmerzen im Verlaufe der Ischiadici, die keine Druckpunkte zeigen. Die Sensibilitätsabstumpfung betraf in absteigender Intensität: Anal-, Gesäßgegend, Damm, Scrotum, Penis und seine Schleimhaut, Hinterfläche der Oberschenkel, Rectum. Wirbelsäule druckunempfindlich. 4 Wochen später Motilität und Kraft der Beine intakt, Katheterismus 3 Monate später entbehrlich. In dieser Zeit häufige schwache Erektionen, 2—3mal langsames Abfließen von Samenflüssigkeit mit geringem Wollustgefühle. Die Störung hatte sich also erstreckt auf den Plexus pudendalis: N. haemorrhoid. med. et inferior (Levator ani, Fundus vesicae urinariae, Sphincter ani ext. und int., Haut der Aftergegend) und N. pudendus (Bulbo-cavernos., Sphincter ani ext., Haut des Dammes, hintere Wand des Hodensackes, Haut des Penis, Präputium, Glans, vordere Urethralschicht); auf den Plexus coccygeus (Haut über dem Steißbein) und den N. cutaneus fem. poster. des Plexus ischiadicus (hinterer Theil der Hinterbacke, des Oberschenkels, Scrotum).

Die Diagnose musste auf meningeale Blutung des Conus terminalis gestellt werden. Blutung in die Rückenmarksubstanz oder Myelitis hätten nicht so bald zu Heilung geführt. Blutung an den Foram. sacral. oder noch mehr peripheriewärts hätte nicht Paraplegie und symmetrisches Betroffensein so weit aus einander liegender Gebiete, Fraktur, Knickung, Splitterung des Kreuzbeines, Luxation oder Fractur eines Lendenwirbels hätten objektive Symptome gemacht und die Paraplegie wäre nicht so rasch gewichen. **K. Bettelheim** (Wien).

31. **Mott.** Concussion of the Spine from a fall etc.

(Brain 1888. Januar.)

Nach einem Fall auf den Hinterkopf und Nacken mehrstündige Bewusstlosigkeit; nach 8tägiger Ruhe im Bette keinerlei Störung der Motilität und Sensibilität.

sich Ödem der Unterextremitäten, Ikterus, Schmerzen in d… …ad Schmerzen zum Schluss Koma eingestellt hatte. …e auch im linken

Bei der Sektion ergab sich eine lymphosarkomatöse V… lich geschwollenen retroperitonealen und mesenterialen … Dorsalfläche des Dau- tischen gleichzeitigen Veränderungen in der Milz und …ndrückens und der Ra-

Statt der von Ebstein gewählten Bezeichnu… …r Finger, besonders an der schlägt R. die obige Bezeichnung oder die des … …r Muskeln von Schulter, Arm …pinator longus, der Beuger und

25. Hopmann. Heilung eines »Mor… …r Pronatoren und Supinatoren der eines Nas… …ı und Entartungsreaktion. Links: …, atrophische Lähmung nicht so aus-

(Berliner klin. Wo…

Verf. konstatirte bei einer Pat… …veränderung, Kniephänomen vorhanden, Ver- ausgedehnter Borkenablagerung ir… …nerlei Schmerz oder Steifigkeit im Nacken. Per- mus besonders rechterseits, er… …chmerzhaft. fühl, Symptome, die ihn zur … …ter dem Einfluss des elektrischen Stromes und der dowii führten. Durch zwe… Heilung des Morbus Ba… …ose zwischen Spinalmeningitis und Läsion der grauen

26. Mitchell Bruc… …Vorderhörner, durch die Rückenmarkserschütterung neigt …teren zu. **Tuczek** (Marburg).

Verf. hat … das erstere … vergleich… minder… so de… erw… m… …Pseudo-sclerosis.

(Brain 1888. April.)

…Ein 49jähriger Mann bot folgendes Krankheitsbild dar: Zittern in der Kopf-, Hals- und Extremitätenmuskulatur, das bei gewollten Bewegungen zunahm, Zittern in der Facialismuskulatur, monotone skandirende Sprache, motorische Schwäche, Steigerung der Sehnenreflexe, rührselige Stimmung; keine Störungen von Seiten der Augenmuskeln. Da das Leiden in verhältnismäßig spätem Lebensalter aufgetreten war und während seines 10jährigen Bestehens nur geringe Fortschritte gemacht hatte, wurde, zumal an dem Bilde der multiplen Sklerose manche Züge fehlten, die Diagnose auf ein funktionelles, die multiple Sklerose vortäuschendes Nervenleiden gestellt. Der weitere sehr günstige Verlauf bestätigte dieselbe. Die Ätiologie bleibt dunkel; Intoxikationen irgend welcher Art sind auszuschließen; Syphilis findet sich in der Vorgeschichte erwähnt; auch fand rapide Besserung unter dem Gebrauch von Jodkali (neben roborirender Ernährung) statt; doch folgt auf ein späteres Recidiv auch ohne Jodkaligebrauch eine an vollständige Genesung grenzende Besserung. **Tuczek** (Marburg).

33. A. Mathieu. Neurasthénie et hystérie combinées.

(Progrès méd. 1888. No. 30.)

Ein kräftiger 37jähriger Eisenbahnbremser, welcher hereditär neuropathisch belastet ist, wird Mai 1885 von schmerzhaftem Priapismus befallen; derselbe hält 2 Monate lang an, um völliger Impotenz Platz zu machen. Pat. wird melancholisch, hat Selbstmordgedanken, klagt über herumziehende Schmerzen, über Kopfschmerzen und Drang, ohne Ursache zu weinen. Im Dienste wird er so nachlässig, dass man ihn entlässt. Bei der Untersuchung findet man eine allgemeine und sensorielle Hemianästhesie, ferner hyperästhetische Zonen und ein Fehlen des Pharynxreflexes. Deutliche Zeichen von Neurasthenie, wie ein Gefühl von Steifheit, von allgemeinem Unbehagen, häufiger Kopfschmerz mit Zusammenschnürungsgefühl werden angegeben, bisweilen klagt er über Leere im Kopf, Unvermögen seine Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu richten, Gefühl von Schwindel, Schwere im Epigastrium, Blutandrang zum Kopfe, Aufstoßen, Aufgetriebensein des Bauches, Konstipation. Hinzuzufügen wäre noch die Schwäche des Geschlechtsapparates und die psychischen Störungen. Pat. wird nach einer elektrischen und innerlichen Behandlung in erheblich gebessertem Zustande entlassen. **Ed. Krauss** (Bern).

...ville et P. Sollier. Epilepsie et asymétrie fronto-faciale.

(Progrès méd. 1888. No. 36.)

...et behauptet, dass alle mit idiopathischer Epilepsie behafteten ...trie in der Stirn und Gesichtsgegend darbieten. Diese Asym... ...rch einen Mangel in der definitiven Konsolidation der Kno... ...und führe die essentielle Epilepsie herbei. Die Verff. haben ...ogenese zu berühren, die von Lasègue gemachte Angabe ...nd zwar mittels der graphischen Methode. Sie fanden ...nen richtig, indem unter 30 Fällen von idiopathischer ...Asymmetrie fehlte, bei den anderen Fällen dieselbe ...oder in fronto-facialer Richtung nachweisbar war, ...e der Nase, des Mundes und des Kinnes. Da diese ...en Epileptikern, die vor der Konsolidation der Knochen ...estorben waren, nachweisbar war, so muss nach einer anderen Asymmetrie gesucht werden. Das Wahrscheinlichste ist, dass ...nem Stillstand in der Entwicklung beruht. **Ed. Krauss** (Bern).

...R. Vigouroux. De l'électricité du corps humain.

(Progrès méd. 1888. No. 30.)

Verf. kommt auf Grund eigener Untersuchungen zu dem Schlusse, dass alle bisherigen Versuche, welche Erscheinungen von statischer Elektricität auf der Oberfläche des Körpers zu zeigen bezwecken, ein negatives Resultat haben, abgesehen von äußeren Ursachen, welche sie zufällig herbeiführen können.

Ed. Krauss (Bern).

36. **Fr. Regourdin.** L'arséniate d'or dynamisé comme agent thérapeutique, sa puissance dans un très grand nombre de maladies récentes ou chroniques.

(Progrès méd. 1888. No. 19.)

Verf. empfiehlt die Verbindung von Gold und Arsenik (Arséniate d'or dynamisé) nach Dr. Addison zu 1—30 mg aufsteigend bei Nervenhautkrankheiten, sekundärer und tertiärer Syphilis und bei Kachexien. **Ed. Krauss** (Bern).

37. **v. Dühring.** Kasuistische Mittheilungen aus Dr. Unna's Poliklinik für Hautkrankheiten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888. No. 22.)

I. Ein Fall von Impftuberkulose.

v. D.'s Fall betrifft ein junges Mädchen aus nicht tuberkulöser Familie, welches ein tuberkulöses Ulcus am linken Ohrläppchen hatte. Ihre Ohrringe stammten von einer Freundin, die an »Schwindsucht« gestorben war. Linke Lungenspitze ergriffen, in den Granulationen des Ulcus und im Sputum Tuberkelbacillen. v. D. hält es »für kaum fraglich, dass wir es hier mit einer direkten Überimpfung von Tuberkelbacillen zu thun haben«.

II. Ein Fall von »Lupus miliaris« oder sogenanntem »Acnelupus«.

Eine junge Frau konsultirte v. D. wegen diskreter, stecknadelkopfgroßer, tiefrother, nicht eiternder Knötchen auf beiden Wangen. Die Knötchen reagirten nicht auf die gewöhnliche Acnebehandlung, nahmen vielmehr an Zahl zu und bekamen einen Stich ins Braunröthliche. v. D. hält desshalb den Anfangs als Acne imponirenden Ausschlag für Lupus, obwohl mikroskopische Untersuchung nicht möglich war. Die Knötchen heilten mit tiefen, rothen Narben, theils auf Salicyl-Kreosotpflastermull, theils auf Anwendung der Galvanokaustik.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

38. **John Weaver.** Case of symmetrical gangrene.

(Lancet 1888. November 3.)

Eine 45jährige Frau erkrankte an lokaler Asphyxie an den Fingern mit symmetrischer Gangrän der Endphalangen. Bemerkenswerth bei dem Falle ist das Auftreten von spasmodischen Veränderungen an den Arterien der Vorderarme.

Während nämlich die rechte Radialis und die linke Ulnaris in der Regel deutlich pulsirten, war der Puls in der rechten Ulnaris und der linken Radialis in der Regel sehr schwach und schwand manchmal vollständig.

Auch mehrmals bei der Kranken aufgetretene Menorrhagien bringt W. mit der symmetrischen Gangrän in Verbindung, da auch in anderen Fällen Neigung zu Blutungen beobachtet worden ist. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

Bücher-Anzeigen.

39. **Seifert und Müller.** Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik. 5. Auflage.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1889.

Von dem ausgezeichneten S. und M.'schen Taschenbuch, dessen erste Ausgabe vom Jahre 1886 in diesem Centralblatte 1886 p. 480 besprochen wurde, ist soeben die 5. Auflage erschienen, ein Beweis, in wie kurzer Zeit sich das Büchlein in weitesten Kreisen die verdiente Anerkennung errungen. Außer Vermehrungen und Verbesserungen in den alten Kapiteln, so wie Hinzufügung mehrerer Abbildungen (namentlich im Abschnitt Harn), sind seitdem 2 neue Abschnitte hinzugekommen: »Analyse der pathologischen Konkremente« und Bemerkungen über »Stoffwechsel und Ernährung«. In der neuesten Auflage ist namentlich der Abschnitt »Mikroorganismen« umgearbeitet, auch eine Farbentafel angefügt worden, welche die wichtigsten Arten derselben in vorzüglicher Weise veranschaulicht. Bei der Tuberkelbacillenfärbung hätte Ref. gern gesehen, dass auch die Gabbet'sche Methode (cf. d. Centralblatt 1888 p. 573), welche eine wirkliche Vereinfachung darstellt, erwähnt wäre.

Das Büchlein, von dem übrigens bereits eine englische, italienische, russische und ungarische Übersetzung erschienen ist und eine französische demnächst erscheinen soll, bedarf keiner weiteren Empfehlung.

A. Freudenberg (Berlin).

40. **Gouguenheim und Tissier.** Kehlkopfschwindsucht (Phthisie laryngée).

Paris, **G. Masson**, 1889.

Seit der klassischen Abhandlung über die Kehlkopfschwindsucht von Trousseau und Belloc vor mehr als 50 Jahren ist keine genaue und vollkommene Monographie über denselben Gegenstand erschienen, obwohl die Kasuistik durch Mittheilung zahlreicher Fälle erheblich vergrößert worden ist. Es haben sich desshalb die oben genannten Autoren entschlossen, an der Hand eines reichen Materials die Materie von Neuem zu bearbeiten, wobei auch die neueren therapeutischen Bestrebungen auf diesem Gebiete ihre besondere Berücksichtigung finden. Das vorliegende Werk, welches sich durch schöne Ausstattung auszeichnet, enthält 8 Kapitel, in denen der Reihe nach die Geschichte, die pathologische Anatomie, die Histologie, die pathologische Physiologie, die Symptomatologie, der Lupus, die Diagnostik der Kehlkopfschwindsucht und schließlich die Therapie abgehandelt werden. Indem wir betreffs der Details auf das Original verweisen, möchten wir besonders hervorheben, dass bei der Behandlung der Therapie aller neueren Mittel Erwähnung gethan und der Werth derselben besprochen wird. Für die Autoren giebt es hier kein Specificum, sondern je nach der Art der Erkrankung modificiren sie das therapeutische Verfahren. 5 Tafeln vervollkommnen den Werth des Buches, welches auch den deutschen Ärzten manches Lehrreiche bringen dürfte.

B. Baginsky (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 6. April.** **1889.**

1. W. Bechterew und N. Mislawsky. Die Hirncentra für die Bewegung der Harnblase.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 18.)

Verff. experimentirten an Hunden und Katzen, welche bis zum völligen Verluste der willkürlichen Bewegungen curaresirt wurden. Nach Einleitung der künstlichen Athmung wurden an beiden Ureteren Fisteln angelegt, die Urethra unterbunden und sodann in einen den Blasenscheitel durchdringenden Einschnitt eine olivenförmige Silberkanüle eingeführt, an deren Halse die Blase mittels einer die Blasenwand durchsetzenden Naht fixirt wurde. Die Kanüle wurde mit einem Manometer in Verbindung gebracht und darauf die Blase, die Verbindungsröhre des Manometers, so wie dieses letztere selbst mit einer 0,75%igen ClNa-Lösung gefüllt. Das freie Ende des Manometers wurde mit einer Marey'schen Registrirtrommel (Tambour enrégistreur) verbunden. Die während des Experimentes aus der

Bauchhöhle herausgenommene Blase wurde von einer Schicht hygroskopischer, mit ClNa-Lösung befeuchteter Watte umhüllt.

Eine deutliche Blasenkontraktion, welche nach kurzem Latenzstadium eintritt und nach Entfernung des Reizes fast sofort aufhört, entsteht bei Erregung des inneren Theiles des vorderen und hinteren Abschnittes des Gyr. sigmoides durch mäßig starke Induktionsströme. Nach Abtragung der Hemisphären, bis zur Eröffnung der Seitenventrikel, ruft die Reizung des vorderen Abschnittes des Sehhügels bereits mit schwachen Strömen konstant Blasenkontraktion hervor, während Erregung des mittleren und hinteren Abschnittes der Thalami, des Corp. striatum und des Nucleus lenticularis mit stärkeren Strömen keine derartige Wirkung erzielt. Blasenkontraktionen entstehen ferner bei elektrischer Reizung der dem Sehhügel anliegenden Basaltheile der inneren Kapsel, bei solcher der Haube unter dem Vierhügel und eines gewissen Faserbündels in dem vorderen Abschnitte der Capsula interna, welches von den oben genannten aktiven Rindencentren zu dem in dem vorderen Theile (resp. im vorderen Kerne) des Sehhügels gefundenen Centrum verläuft. Dagegen bleibt oberflächliche Reizung der vorderen und hinteren Zweihügel, die der Kleinhirnrinde und der Centraltheile des Kleinhirns ohne Effekt.

Demnach sehen Verff. das Centrum für die Bewegungen der Harnblase in der Tiefe des vorderen Theiles des Thalamus opticus, woselbst es nur wenige Millimeter Raum einnimmt. Es steht mittels eines besonderen Faserbündels mit den Rindencentren und mittels der von ihnen ausgehenden, die tiefen Theile der Capsula interna, so wie die Haube des Hirnschenkels durchsetzenden Leitungsfasern mit den Rückenmarkscentren in Verbindung. Dem Sehhügel kommt ferner, abgesehen von seiner, den Rindencentren untergeordneten Rolle, auch die Bedeutung eines Reflexcentrums zu, indem es unter Einfluss schwacher Hautreize Kontraktionen der Blase hervorruft, während dagegen stärkere äußere Reizungen bereits durch weiter abwärts gelegene (Rückenmarks-) Centren vermittelte reflektorische Blasenkontraktionen bewirken. **J. Ruhemann** (Berlin).

---

2. E. Salkowski. Über die Entwicklung von Schwefelwasserstoff im Harn und das Verhalten des Schwefels im Organismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. p. 723.)

Durch einen genau mitgetheilten Versuch stützt S. gegenüber Rosenheim und Gutzmann die Angabe von Fr. Müller, wonach der Schwefelwasserstoff, welcher sich unter dem Einfluss gewisser Bakterien im Harn bildet, seine Quelle in dem »neutralen« Schwefel hat. Die Sulfate spielen hierbei keine Rolle, wenn gleich dieselben in faulenden Substraten, z. B. bei der Fäulnis des Fibrins (Hoppe-Seyler) oder in der Spüljauche, zu Sulfiden reducirt werden. Im Harn, welcher sich in Schwefelwasserstoffgährung befindet, vermindert sich

ihre Menge nicht nachweisbar, nur bei monatelanger Fäulnis mit »Kloakenschlamm« beobachtete Röhmann eine Abnahme derselben.

Da der normale menschliche Harn, entgegen den Angaben Heffter's, kein unterschwefligsaures Salz enthält, kommt auch dieses bei der Schwefelwasserstoffgährung nicht in Betracht.

S. theilt bei dieser Gelegenheit vorläufig Versuche von cand. med. Presch mit. Derselbe fand, dass im Darm des Menschen in Form von Flores sulfuris eingeführter Schwefel zum Theil resorbirt wird. Von dem resorbirten Schwefel wird ein Theil als Schwefelsäure, ein anderer als neutraler Schwefel ausgeschieden. Unterschweflige Säure tritt nicht auf.

Bei der Schwefelwasserstoffgährung wird nur ein Theil des neutralen Schwefels in Schwefelwasserstoff übergeführt.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. G. Cornet. Über das Verhalten der Tuberkelbacillen im thierischen Organismus unter dem Einfluss entwicklungshemmender Stoffe.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. V. Hft. 1.)

4. Derselbe. Die Verbreitung der Tuberkelbacillen außerhalb des Körpers.

(Ibid. Hft. 2.)

Um die Frage zu entscheiden, wie die verschiedenen antiseptischen Stoffe auf die Tuberkelbacillen wirken, wenn diese im thierischen Körper enthalten sind, verimpfte C. auf 112 Thiere (10 Kaninchen und 102 Meerschweinchen) Tuberkulosekulturen und behandelte sie dann mit den verschiedenen gegen Tuberkulose empfohlenen Mitteln in größter zulässiger Dosis. Er untersuchte auf diese Weise Tannin, Plumbum aceticum, Knoblauch, das vom Apotheker Marpmann vertriebene Pinguin (ein Gemisch von Alantol und Alantinsäure), Schwefelwasserstoff, Menthol, Sublimat mit Salzsäure, Creolin und Kreosot. Niemals konnte trotz intensivster Behandlung mit diesen Substanzen ein Erfolg erzielt werden; die Tuberkulose entwickelte sich stets in gleicher Weise, wie bei den geimpften und nicht behandelten Kontrollthieren. Dass trotzdem beispielsweis das Kreosot auf die Beschwerden tuberkulöser Kranker günstig wirken kann, will Verf. nicht in Abrede stellen.

Außer der Wirkung dieser Medikamente hat C. noch den Einfluss des Höhenklimas auf die Entwicklung der Tuberkulose erprobt. Von 12 inficirten Meerschweinchen blieben 6 in Berlin, 6 wurden nach Davos transportirt. Bei beiden Thiergruppen war der Verlauf der Erkrankung ganz gleichartig; eben so der Eintritt des Todes.

In der zweiten, gleichfalls aus Koch's Laboratorium hervorgegangenen Arbeit giebt C. das Resultat seiner unendlich mühevollen Untersuchungen über die Verbreitung der Bacillen außerhalb des Körpers. Er nahm zu diesem Zweck von den Wänden etc. der zu

untersuchenden Lokalitäten den Staub mit einem Schwamm auf, vertheilte ihn in Bouillon und injicirte ihn Meerschweinchen in die Bauchhöhle; die Abdominaltuberkulose, die bei diesen entsteht, wenn der Staub tuberkulöses Virus enthält, schließt durch ihre ganz verschiedene Lokalisation eine Verwechselung mit Spontantuberkulose aus. Er fand auf diese Weise ein positives Resultat in der Mehrzahl der Wohnungen phthisischer Pat., zumal bei solchen, die auf den Fußboden oder ins Taschentuch spieen. Unter 21 mit Phthisikern belegten Krankensälen fand er ein solches 15mal, eben so in 3 Sälen von Irrenanstalten, in denen sich Tuberkulöse befanden.

Negativ fielen dagegen die Versuche aus, die mit dem Staub zweier Gefängniszellen, zweier Polikliniken, eines Inhalatoriums für Lungenkranke, eines Sanatoriums mit Lupuskranken, eines Waisenhauses mit vielen skrofulösen Kindern, des pathologischen Instituts, dreier Operationssäle und verschiedener Berliner Straßen angestellt wurden.

Verf. hält damit die Anschauung von der Ubiquität des tuberkulösen Virus für widerlegt; dasselbe findet sich nur dort, wohin es durch Phthisiker gebracht wird. Er sucht es ferner wahrscheinlich zu machen, dass in den meisten Fällen, in denen man bisher den Ausbruch der Tuberkulose auf die Prädisposition des Betreffenden zurückgeführt hat, diese Annahme ganz überflüssig ist; der Betreffende hat eben eine Gelegenheit zur Infektion gehabt, die uns nicht bekannt ist. In dieser Beziehung ist es interessant, dass der Verf. in einem Hôtelzimmer, in dem ein Phthisiker gewohnt hatte, in einem gewerblichen Arbeitsraum, in dem ein solcher beschäftigt war, in einem Zimmer, in dem ein Phthisiker gestorben war, noch 6 Wochen nach dessen Tode Bacillen nachweisen konnte. So mögen sich die meisten Fälle erklären, in denen Jemand an Phthise erkrankt, ohne »jemals mit Tuberkulösen Verkehr gehabt zu haben«. Wenn unter Personen, die der gleichen Ansteckungsgefahr ausgesetzt waren, nur ein Theil erkrankt, so mögen ja bei diesen z. B. das Vorhandensein wunder Stellen im Respirationsapparat, Erschöpfung durch vorhergegangene Krankheiten, schwächliche Konstitution mitsprechen — und in so fern hält also auch der Verf. die Annahme einer Prädisposition für gerechtfertigt —, zum großen Theil sind es aber Zufälligkeiten, die hier den Ausschlag geben, eben so, wie im heftigsten Kugelregen nur ein Theil getroffen wird, ein Theil unversehrt bleibt, »ohne desshalb immun zu sein«. In ähnlicher Weise denkt er sich die geringere Verbreitung der Tuberkulose auf dem Lande, in England durch den seltneren Wohnungswechsel und die dadurch weniger statthabende Infektionsgefahr bedingt, »wozu natürlich auch noch viele andere Umstände mitwirken«.

Prophylaktisch empfiehlt der Verf. in erster Reihe die Phthisiker streng anzuweisen, niemals auf den Fußboden oder ins Taschentuch, sondern nur in Spuckgefäße zu expektoriren. Letztere sollen daher mehr, wie üblich, zur Verfügung stehen. Phthisiker sollen ferner

vermeiden, Gesunde zu küssen; Gläser, Löffel, deren sie sich bedient haben, dürfen von anderen Personen nur nach sorgfältiger Reinigung benutzt werden; die Wäsche der Phthisiker ist besonders zu waschen, am besten erst eine Stunde im Dampfapparat zu desinficiren. Eben so sollen die Kleider nach dem Tode desinficirt werden, die Zimmerwände etc. Die gewöhnlichen Bettfedernreinigungsanstalten zerstören mittels ihres Verfahrens das tuberkulöse Gift nicht. Erwähnt möge noch werden, dass der bei Phthisikern gebrauchte Kehlkopfspiegel sehr schwer zu desinficiren ist. Zahlreiche andere interessante Einzelheiten der inhaltreichen Arbeit können im Rahmen eines Referates leider keinen Platz finden. **Strassmann** (Berlin).

---

5. **Gilbert** et **Lion.** De la recherche des microorganismes dans les épanchements pleuraux.

(Ann. de l'Institut Pasteur Bd. II. No. 12. p. 662.)

Von verschiedenen Seiten, so von Gombault und Chauffard, von Kelsch und Vaillard, ferner von Ehrlich und dem Ref. (cf. dies. Centralbl. 1889 No. 7 p. 131), sind Untersuchungen darüber angestellt worden, ob die Annahme einer primären, d. h. unter dem Einfluss einer Erkältung entstandenen serös-fibrinösen Pleuritis zulässig sei oder nicht, beziehungsweise ob nicht in allen Fällen, wo eine solche vorzuliegen scheint, Tuberkulose der Pleura die wahre Ursache sei. Die Verff. suchten von Neuem und zwar auf experimentellem Wege dieser Frage nahe zu treten, indem sie unter streng antiseptischen Kautelen bei 17 Kranken durch eine im Original einzusehende Versuchsanordnung das Exsudat entnahmen und mit demselben Aussaatversuche auf Agar und mit Glycerin versetzter Bouillon anstellten. Kein einziges Mal gelang der Nachweis von Tuberkelbacillen. Trotzdem handelte es sich in einer Zahl dieser Fälle um tuberkulöse Pleuritis; 2mal wurde sogar neben derselben gleichzeitige Lungentuberkulose konstatirt, 1mal bestand zugleich tuberkulöse Peritonitis. Entsprechend diesem negativen Ergebnisse vermochte auch Girode in dem Exsudat zweier Fälle von tuberkulöser Peritonitis gleichfalls keine Tuberkelbacillen auf dem Wege der Kultur nachzuweisen. Die Erklärung hierfür liegt nach den Verff. einestheils in dem Umstande, dass die Bacillen nur in sehr geringen Mengen in derartigen Exsudaten enthalten sind, ferner darin, dass ihre Lebensbedingungen in denselben in ungünstiger Weise modificirt werden, so dass sie sich auf künstlichem Nährboden nicht mehr ordentlich zu entwickeln vermögen. In der That erhält man gleichfalls ungenügende Resultate, wenn man sterilisirtes und in der Wärme zum Erstarren gebrachtes pleuritisches Exsudat mit einer durchaus lebenskräftigen Tuberkelbacillenkultur beimpft. Eine ordentliche Entwicklung findet nur statt, nachdem das Exsudat vorher zur Hälfte mit Glycerin-Kalbfleischbrühe versetzt worden ist. Doch genügen selbst die angeführten Gründe noch nicht vollständig

zur Erklärung des negativen Bacillenbefundes in den in Rede stehenden Exsudaten. Selbst die Injektion mehrerer Kubikcentimeter des Exsudates exquisit tuberkulöser Pleuritiden, so wie eines Falles von tuberkulöser Peritonitis in die Peritonealhöhle von Meerschweinchen erzeugte bei denselben keine Tuberkulose. Es müssen also trotz der vorhandenen Tuberkeleruption auf der Pleura Bedingungen vorhanden sein, welche das Hineingelangen der Bacillen in das Exsudat verhindern. Diese bestehen in der Einkapselung der Tuberkelknötchen durch eine fibröse Bindegewebshülle.

Die Verff. schließen ihre Abhandlung mit der Bemerkung, dass es ihnen gelungen sei, aus dem Exsudat zweier Fälle von Pleuritis bei akutem Gelenkrheumatismus, so wie im Blute von zwei Pat., welche am letzteren litten, einen in Form gewundener Ketten wachsenden Micrococcus zu züchten. Derselbe zeichnete sich durch die Vergänglichkeit seiner Kultur aus. **A. Fraenkel** (Berlin).

---

6. **Netter.** Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aigues.

(Ann. des malad. de l'oreille du larynx etc. 1888. Oktober.)

Die interessanten, in exakter Weise ausgeführten Untersuchungen des Verf. haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

Die akute Mittelohrentzündung stellt keine einheitliche Erkrankung dar, in so fern sie keineswegs immer denselben Krankheitserregern ihre Entstehung verdankt und in so fern auch die klinischen Erscheinungen variiren, je nach der Differenz der Mikroorganismen, welche den Entzündungsprocess im Ohr hervorgerufen haben.

Es sind bis jetzt in dem Exsudat bei Mittelohrentzündungen gefunden: Streptococcus pyogenes, der Fraenkel'sche Pneumoniecoccus, der Friedländer'sche Pneumoniebacillus, die Eiter-Staphylokokken. Die häufigste und schwerste, weil am öftesten von Komplikationen begleitete Form, ist die Streptokokkenotitis, in deren Gefolge es zu Abscessbildung, zu Eiterung im Warzenfortsatz, zu Meningitis, Sinusthrombose und Pyämie kommt. Die durch den Fraenkel'schen Pneumoniecoccus hervorgerufene Otitis kann auch unabhängig von einer Pneumonie, spontan oder während der Rekonvalescenz von Typhus entstehen; sie verläuft akut, endet meist mit Heilung, kann aber auch Meningitis im Gefolge haben.

Der Friedländer'sche Mikrobe ist nur einmal von Zaufal angetroffen worden, ohne dass dieser Fall wegen der Unzulänglichkeit der zur Anwendung gekommenen bakteriologischen Methoden beweiskräftig wäre.

Die verschiedenen Eiterstaphylokokken sind mehrfach im Exsudat akuter Mittelohrentzündungen gefunden worden. Wir wissen indess bis jetzt noch nicht, ob der an diese Mikroben gebundenen Otitis specifische Charaktere zukommen.

Bisweilen handelt es sich um Mischinfektionen, welche sich

durch den Nachweis des gleichzeitigen Vorkommens mehrerer der genannten Mikroorganismen zu erkennen geben.

Sämmtliche der aufgezählten Mikroben können sich auch in Mund-, Nasen- und Rachenhöhle ganz gesunder Individuen finden, ein Vorkommnis, das es mehr als wahrscheinlich macht, dass es sich in der bei Weitem größten Zahl der akuten Mittelohrentzündungen um eine Einwanderung der genannten Spaltpilze in das Ohr durch die Eustachi'sche Röhre von einer der oben erwähnten Kavitäten her handelt, insbesondere bei den Infektionskrankheiten Typhus, Scharlach, Diphtherie, Recurrens, deren Verlauf durch das gleichzeitige Auftreten von Mund-Rachenaffektionen und Mittelohreiterungen komplicirt ist. In Ausnahmefällen scheint es allerdings auch zu einer Invasion der Mikroben von der Blut- oder Lymphbahn her nach dem Ohr zu kommen.

Aus dem Angeführten ergiebt sich die Wichtigkeit aller auf skrupulöseste Reinhaltung der Mund-Rachenhöhle sich erstreckenden Maßregeln. **E. Fraenkel** (Hamburg).

---

7. **Notkin.** Experimente zur Lehre vom Ascites.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 47. p. 1488 ff.)

Zur Aufklärung über die Beziehung zwischen der chronischen Peritonitis und dem Ascites, untersuchte N. experimentell die Frage, warum Flüssigkeiten, welche in Folge eines entzündlichen Processes in die Bauchhöhle transsudiren, nicht resorbirt werden. Lösungen krystalloider Körper (2 und 10%ige Lösungen von Ferro-Kalium cyanatum und Natrium nitricum) in die Bauchhöhle eingetragen, sind im Harne nach 4—8 Minuten und nach $5^1/_2$—14 Minuten in der Lymphe aus dem Ductus thorac. chemisch nachweisbar. Da also diese Stoffe rascher im Harne erscheinen als im Ductus thorac., so würde folgen, dass sie aus der Bauchhöhle direkt durch die Blutgefäße resp. durch Diffusion ins Blut und von da in den Harn gelangen. Feste Partikelchen — Tusche, in Wasser aufgeschwemmt — sind in der Lymphe des Ductus thorac. nach 15—16 Minuten nachweisbar; rothe Blutkörperchen erst nach 25—30 Minuten. Das Wasser, in welchem die Tusche suspendirt war, ist schnell aus der Bauchhöhle verschwunden; das defibrinirte Blut wird nur ganz allmählich resorbirt. Vermuthend, dass bei letzter Erscheinung die colloiden Körper des Blutserum eine Rolle spielen, untersucht N. weiterhin, wie sich Lösungen colloider Körper in der Bauchhöhle verhalten; zu diesem Zwecke wurde u. A. Hämoglobinlösung benutzt. Lackfarbenes Blut in die Vena jugularis eines Hundes gespritzt, bewirkt, dass schon nach 25—26 Minuten Hämoglobin im Harn nachweisbar ist; in die Bauchhöhle eingespritzt, tritt erst nach $3^1/_2$ bis 4 Stunden Hämoglobin im Harn auf; im Ductus thorac. ist die Lymphe schon nach 15—20 Minuten gelblich und alsbald röthlich; die Farbenveränderung rührte von Hämoglobin her. Legten diese

Versuche schon die Vermuthung nahe, dass das Hämoglobin nach der Einspritzung in die Bauchhöhle durch die Lymphgefäße ins Blut gelangt und dann erst in den Harn, so lehrt eine andere Versuchsreihe, dass nach Unterbindung des Duct. thorac. die Hämoglobinurie ganz ausbleibt, woraus man schließen darf, dass durch die Lymphgefäße allein die Hämoglobinlösung in der Geschwindigkeit resorbirt wird, um wahrnehmbare Hämoglobinurie zu erzeugen. Auf die Bemerkung »Geschwindigkeit« ist Werth zu legen; denn auch trotz Unterbindung des Ductus thorac. verschwindet die eingespritzte Hämoglobinlösung, aber erst ganz allmählich im Laufe von mehreren Tagen, also nicht rasch genug, um Hämoglobin im Harne nachweisbar zu machen. Diese und ähnliche Versuche lassen erkennen, wie Lösungen colloider Substanzen, die ja auch in den Ascitesflüssigkeiten enthalten sind, namentlich bei chronischer Peritonitis, resorbirt werden. Bei Hunden mit künstlich erzeugter chronischer Peritonitis tritt nach Hämoglobineinspritzung in die Bauchhöhle erst nach 12—14 Stunden Hämoglobinurie auf, während sie beim gesunden Thiere schon nach $3^1/_2$—4 Stunden eintritt. Dass eine solche Verspätung resp. Erschwerung der Resorption für die Ansammlung von Ergüssen in der Bauchhöhle von wesentlichem Belang ist, erhellt hieraus.

Prior (Bonn).

---

8. E. Jendrássik. Über die Lokalisation der Tabes dorsalis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 6.)

Die Thatsache, dass das Symptomenbild der Tabes ein so sehr ungleiches ist, und dass der pathologisch-anatomische Befund so oft in gar keinem Verhältnis zu den klinischen Erscheinungen steht, bewog den Verf., die bisher über die Lokalisation der Tabes zu Tage geförderten Ergebnisse und Theorien einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Bei der Besprechung der einzelnen Symptome beginnt J. mit der Deutung des Westphal'schen Phänomens. J. vermisst einen strikten Nachweis, dass jenes Phänomen durch die Hinterstrangdegeneration der Wurzelzone hervorgerufen wird, da Westphal die Gegend der Clarke'schen Säulen außer Acht gelassen habe. J. glaubt, dass aus der Veränderung des die Clarke'schen Säulen umgebenden Fasernetzes, die mehrfach beobachtet worden, sich jenes Phänomen viel leichter erklären lasse, ohne allerdings bei dem Mangel einschlägiger Beobachtungen diese Behauptung beweisen zu können. Verf. wendet sich dann zu der Lokalisation der sensiblen Symptome. Im Anschluss an die Beobachtung, dass oft bei den umfangreichsten Degenerationsprocessen der Hinterstränge, statt einer völligen Anästhesie nur eine geringe qualitative Veränderung der Sensibilität sich findet, bekämpft Verf. zunächst die Ansicht Stern's, der den Grundzug der tabischen Gefühlsveränderungen zwar in einer Urtheilsstörung zu erklären versuchte, jedoch sich für die spinale Lakalisation aussprach. Verf. hält es für ausgeschlossen, dass die

Ursache derartiger Veränderungen im Rückenmark liegt; er macht die Thätigkeit der Associationsfasern der Hirnrinde für die Beurtheilung der empfangenen Reize verantwortlich. In der Rinde zerfällt der Reiz in seine elementaren Theile und gelangt an den entsprechenden Stellen zum Bewusstsein, wie bei den verschiedenen Arten der Aphasie, oder noch deutlicher bei der corticalen Lokalisation des Sehvermögens. Können jene Fasern ihre Funktion, nämlich die einzelnen Empfindungsarten an den entsprechenden Stellen zum Bewusstsein gelangen zu lassen, nicht mehr erfüllen, d. h. ist ihre Reizbarkeit geschwächt, so leidet darunter das Urtheil; das betreffende Individuum erkennt eine oder die andere Art der Gefühlswahrnehmung in dem dieser Veränderung entsprechenden Gebiete nicht mehr.

Zu der Erklärung der motorischen Symptome übergehend, wendet sich J. zunächst zur Ataxie. Die Annahme des spinalen Ursprungs der Coordination hält er mit Recht für einen überwundenen Standpunkt. Aber auch den Theorien, wonach die Ataxie in Folge einer gestörten Leitung zu Stande kommt, kann Verf. sich nicht anschließen. Er hält die sensorische Theorie für widerlegt, die motorische für unbewiesen. Seiner Ansicht nach kann das Coordinationscentrum nur in der Hirnrinde zu suchen sein. Die Hirnrinde vermittelt den Verkehr mit der Außenwelt; »nur im Wege der Hirnrinde sind wir im Stande, unsere einzelnen Körpertheile zu beeinflussen«. »Zum Lernen ist bloß die Hirnrinde befähigt, und wenn Jemand Klavier spielen lernt, so übt er in Wahrheit nicht seine Finger ein, sondern einen gewissen Theil seiner Hinrinde; die entsprechenden Muskeln werden wohl kräftiger, fähiger, dies ist aber nur ein sekundärer Vorgang, er spielt nur die Rolle des Werkzeuges. Dass das Erlernen wirklich in der Hirnrinde vor sich geht, beweisen jene Fälle, in denen Jemand in Folge einer Hirnrindenläsion eine gewisse erlernte Thätigkeit oder einen Kenntniskreis verlor, während die übrigen Bewegungen seiner Glieder, seine sonstigen geistigen Fähigkeiten unberührt blieben.« Unter Coordination versteht Verf. »das Zusammenwirken der Nervenzellen und Associationsfasern«. »Die Ataxie ist nicht der Verlust, sondern bloß die Störung der Coordination.« Eben so wenig, wie beim Thierexperiment die Durchschneidung der Hinterstränge in verschiedener Höhe jemals Ataxie hervorruft, eben so wenig halten nach dem Verf. die in der Litteratur als Rückenmarksataxie bezeichneten Fälle, die der Verf. ausführlich anführt und würdigt, einer strengen Kritik Stand. Das Hauptargument gegen die Lokalisation der Ataxie in den Hintersträngen sieht Verf. in den zahlreichen Beobachtungen, in denen die Hinterstränge hochgradig entartet waren, ohne dass eine Spur von Ataxie vorhanden war, und umgekehrt.

In Bezug auf die weiteren Symptome der Tabes führt Verf. an, dass die Lähmungserscheinungen seitens einzelner Hirnnerven, speciell des Oculomotorius, ferner die Atrophie des Opticus und die ab

und zu auftretenden Taubheitserscheinungen sicher in keinem Zusammenhange mit der Hinterstrangaffektion stehen können.

Gestützt auf alle diese Erwägungen, die klinischen Erscheinungen und auf die neueren feineren anatomischen Befunde bei der Dementia paralytica, die, wie Westphal bewies, fast ausnahmslos mit der Tabes sich vergesellschaftet, glaubt Verf. die Veränderungen, die die Erscheinungen der Tabes hervorbringen, außerhalb des Rückenmarkes suchen zu müssen.

Die bisher an 2 tabischen Kranken angestellten Untersuchungen ergaben folgendes Resultat:

1. Fall: (In Bezug auf die näheren Details der Krankengeschichten muss auf das Original verwiesen werden.) 61jährige Wäscherin; angeblich keine Lues. Papillen beiderseits atrophisch; Pupillen eng, reagiren nicht auf Licht, dagegen auf Accommodation. Untere Extremitäten zeigen Ataxie, Verminderung des Tastgefühls, Verlangsamung der Schmerzempfindung, starke Herabsetzung des Muskelgefühls, Romberg'sches und Westphal'sches Phänomen. Blasen- und Mastdarminkontinenz. Obere Extremitäten normal. Parästhesien in allen Extremitäten, Rücken und Seiten. Psyche intakt. Im weiteren Verlauf stellten sich häufig hochgradige Larynxkrisen mit Bewusstlosigkeit und Krämpfen im rechten Sternocleidom. ein. Die histologische Untersuchung ergab typische Degeneration der Hinterstränge bis zu den Burdach- und Goll'schen Kernen in der Med. oblong. und Entartung der Kleinhirnseitenstränge bis in den Kleinhirnstiel hinein. Im Kleinhirn fand J. im Lob. cuneiformis und Lob. quadrangul. sup. eine Verminderung der Purkinje'schen Zellen, so wie der weißen Fasern der Marksubstanz; an der Hirnrinde zeigten sich mehr oder weniger schwere Veränderungen, die sich durch den Schwund der Tangentialfasern, das Vorkommen von Körnchenzellen und einmal auch von Spindelzellen dokumentirten; diese Veränderung fand sich am Gyr. front. sup., Gyr. rect., der Insel, am Gyr. angul., Gyr. occip. med. und inf., Cuneus, Gyr. occip. temp., Gyr. ling., Gyr. hippoc., Lob. paracentr.

2. Fall: 52jähriger Mann. Keine Lues. Neben den typischen Symptomen der Tabes fand sich eine fleckenartige inkonstante Anästhesie des Unterschenkels, ferner eine Lähmung des rechten Oculomotorius, Facialis und Trigeminus, die analog den Transferterscheinungen mehrmals von dieser Seite auf die andere übersprang und umgekehrt. Psyche intakt. Tod durch Lungentuberkulose. Der mikroskopische Befund ergab Degeneration der Hinterstränge und eine mäßige Veränderung der Hinterhörner, außerdem eine Erweiterung des Centralkanals. Kleinhirn normal. Mehr oder minder schwer betroffen waren von der Hirnrinde — analog den obigen Veränderungen — der Gyr. rect., Gyr. cent. post., Insel, Gyr. occip.-tempor., Gyr. ling., Gyr. temp. sup. und inf., Gyr. fornicat.

Das pathologisch-anatomische Bild besteht in sehr feinen Gewebsmetamorphosen; jede Spur einer größeren Irritation, Entzündung oder einer verheerenden Wucherung eines fremden Elementes fehlt. Es gleicht in umgekehrter Richtung dem Entwicklungsgange. J. will desshalb in dem Processe eine »Involutionsatrophie« erkennen. Der Ursprung und die Pathogenese der motorischen und sensitiven Störungen ist ziemlich gleich; »die motorische Störung entsteht aus dem Schwunde der associirenden Fasern derjenigen Nervengruppen, die im Zustandekommen der gewollten Bewegungsrichtung und Bewegungsgröße mitwirken; die Sensibilitätsstörung aber findet ihren Grund in der eingeschränkteren Ausdehnung des empfangenen Impulses, verursacht durch Verminderung der associirenden Bahnen und vielleicht auch in der geschwächten Empfänglichkeit der Nervenzellen«.

uf die Ergebnisse des Thierexperimentes und auf die bis-
›bachtungen am Menschen will J. die Möglichkeit oder
› Wahrscheinlichkeit zulassen, dass nach gewissen Hirn-
undäre Entartung sich auch beim Menschen auf die
'recken kann, und dass nach Läsion des Kleinhirns
Kleinhirnseitenbahn nach unten degeneriren kann,
›n Vorgängen nöthige, sehr lange Entwicklungs-
Dieser Annahme steht allerdings die Thatsache
‑eneration der Hinterstränge bei der Tabes
l'schen und Burdach'schen Stränge hinaus
verfolgt werden konnte, trotzdem das Thier-
ͦeneration dieser Bahn nach Hirnrindenläsion er-
. ist es aber, dass dieser Degenerationsprocess wohl als
ues Vorganges im Gehirn, jedoch trotzdem von unten nach
‚en innerhalb des Stranges verläuft, und auch nur in jenen Theilen, deren entsprechende Rindentheile erkrankt sind. Dadurch wird auch verständlich, warum die Erkrankung im Rückenmark bloß die langen Bahnen trifft, während die übrigen stets verschont bleiben. J. will jedoch einige Symptome, wie das Westphal'sche Zeichen, fernerhin im Rückenmark lokalisiren.

Die Annahme der Tabes als eine Hirnrindenerkrankung lässt auch den Zusammenhang zwischen den Erscheinungen der Augen- und Gesichtsnerven und dem tabischen Krankheitsprocess verständlich erscheinen, eben so den Wechsel der Initialsymptome, so wie schließlich die Ähnlichkeit und die so häufige Komplikation der Tabes mit der Dementia paralytica.

Verf. hält daher in Anbetracht der Erkenntnis, dass der größte Theil der tabischen Symptome aus der Rindenerkrankung abgeleitet werden muss, und in Verbindung mit seinen histologischen Befunden, es für höchst wahrscheinlich, dass die Tabes dorsalis eine Gehirnkrankheit ist, während die Sklerose der Hinterstränge eine den bezeichneten Veränderungen entsprechende consecutive Degeneration darstellt.

A. Neisser (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

9. **J. W. Moore** (Dublin). Accidental rashes in typhoid fever.

(Dublin journ. of med. science 1888. December.)

M. macht, unter Mittheilung einschlägiger Fälle, von Neuem auf seltene Ausschlagsformen im Verlaufe des Typhoids aufmerksam, und zwar berichtet er von miliariaähnlichen (Bläschen mit rothem Hofe), erythematösen und urticariaartigen. Er hält dieselben für nicht allzu selten und betont die Schwierigkeiten, die sie gelegentlich der Diagnose bereiten können: Typhus (Flecktyphus), Masern und Scharlach namentlich können differentialdiagnostisch in Frage kommen; man muss natürlich sorgfältig alle übrigen Symptome in Betracht ziehen und in schwierigen Fällen den Verlauf beobachten, sein Urtheil nicht auf eine einzelne Untersuchung gründen. Am auffälligsten erscheint dem Verf. das Erythem, welches bei einmaliger Besichtigung zur Verwechslung mit Scharlach Anlass geben kann; zu berücksichtigen ist, dass die Prodrome andere

sind, die Temperatur und überhaupt der ganze Verlauf sich anders gestaltet. Dieses Erythema scarlatiniforme zeigt sich entweder am Ende der ersten oder in der dritten Woche des Typhoids — im ersten Falle soll es als rein vasomotorisches Phänomen, im zweiten aber als Symptom einer septischen Infektion aufzufassen sein. Die Fälle, in denen es auftritt, sind oft schwer, aber nicht immer, und man darf es desshalb nicht ohne Weiteres als prognostisch bedeutungsvoll ansehen; viel wichtiger ist es in diagnostischer Beziehung. Natürlich kann es sich gelegentlich auch um prophylaktische Fragen handeln. So berichtet Verf. von einem Falle, wo ein Mann im Verlaufe eines Typhoids ein derartiges scharlachähnliches Erythem bekam und in einem Hause voller Kinder krank lag; Verf. stellte die richtige Diagnose und erklärte damit die proponirte Absperrung resp. Evacuation für überflüssig.

Eine besondere Behandlung bedürfen die genannten Erytheme etc. nicht.

Küssner (Halle).

10. **Lemaire.** Note sur un cas d'épilepsie pneumonique chez un alcoolique.

(Revue de méd. 1888. No. 10.)

Ein 40jähriger Mann, der seit 25 Jahren dem Abusus spirituorum ergeben war, erkrankte in seinem 32. und in seinem 40. Lebensjahre an einer Pneumonie, die beide Male mit einem ausgesprochenen epileptischen Anfall einsetzte. Diese Initialanfälle wiederholten sich weder während der Dauer der Pneumonien, noch sonst zu irgend einer Zeit vor oder nach der Erkrankung. Die Pneumonien verliefen im Übrigen ohne jegliche Komplikationen. Nach der Ansicht des Verf. handelt es sich hier um Anfälle von Reflexepilepsie, die in Folge der durch den Alkoholmissbrauch erworbenen Disposition für nervöse Erkrankungen durch centripetale Reize von der Lunge aus — vielleicht auch auf dem Wege der Infektion durch Mikrokokken — bedingt wurde. Ähnliche Anfälle von Reflexepilepsie sind schon vorher im Verlauf von Auswaschungen der Pleurahöhle nach Thoracentese beobachtet worden.

A. Neisser (Berlin).

11. **Silex.** Apoplexie in Folge von Keuchhusten mit transitorischer Hemiopie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 42.)

Ein $1^1/_2$jähriges Kind erhielt aus Versehen statt zweier Kalomelpulver zwei Morphiumdosen, welche der Kleinen in einem Zeitraum von $2^1/_2$ Stunden gegeben wurden. Eine viertel Stunde, nachdem das zweite Pulver genommen war, lag sie wie todt da, die Lippen blau, Athem erschwert, Pupillen weit und starr. Am 2. Tage traten Krämpfe auf, am 3. Tage Wiederkehr des Bewusstseins. Zugleich wurde eine Lähmung der rechten Körperhälfte und Strabismus divergens des linken Auges konstatirt. Am 12. Tage schwand die Lähmung, während eine linksseitige Hemianopsie zurückblieb. Ein halbes Jahr später völlige Heilung.

Verf. ist der Überzeugung, dass das Krankheitsbild nicht auf eine Morphiumvergiftung, sondern auf eine Gehirnblutung im Gefolge des Keuchhustens zurückzuführen ist.

Peiper (Greifswald).

12. **Kahler.** Ein Fall von Indigurie.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 50.)

Fall von Pyonephrose mit intermittirend auftretender und jedes Mal mit Hydrothionurie einhergehender Ausscheidung von Indigblau im ammoniakalisch zersetzten Harn. Die zeitliche Übereinstimmung zwischen dem Auftreten des SH_2 und von Indigblau legt nach Verf. den Gedanken nahe, die Oxydation des Chromogens zu Indigo in gleicher Weise, wie die Schwefelwasserstoffgährung, auf die Thätigkeit bestimmter Bakterien im zersetzten Harn zurückzuführen. Da Verf. weder während des Bestehens der Indigurie, noch sonst eine Vermehrung des Indicangehaltes im Harn nachweisen konnte, so vermag er nicht eine besonders gesteigerte Indol- bezw. Indicanausscheidung als Ursache der Indigurie im vorliegenden Falle anzunehmen.

E. Schütz (Prag).

Chiari. Über sogenannte Indigosteinbildung in den Nierenkelchen und Becken.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 50.)

Frau, die den Folgen einer Pyelitis erlag, fanden sich in den erwei- 'chen und -Becken nebst reichlichem eitrigen Inhalt mehrere bis 'auschwärzliche, ziemlich weiche, zwischen den Fingern zerdrückbare 'ich aus zwei Lagen, einer oberflächlichen weichen, durchschei- aus organischer Substanz bestehenden, und einer den Kern ils kompakten, theils lockeren mörtelartigen, größtentheils .den zusammensetzten. Nebstdem fanden sich in beiden Schich- .rystallinische Massen von Indigoblau, so wie eines purpurrothen

.. Bezug auf die Entstehung des Indigo in diesem Falle schließt sich C. im Wesentlichen der von Ord bei einer analogen Beobachtung aufgestellten Ansicht an, der zufolge Retention des pyelitischen Eiters zur Zersetzung desselben und damit zu reichlicher Indolbildung geführt habe; diese mochte dann Veranlassung zu vermehrter Ausscheidung von Indican und (vielleicht durch Vermittlung von niederen Organismen) zur Entstehung des Indigo aus letzterem gegeben haben.

E. Schütz (Prag).

14. **Brieger.** Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen von hämorrhagischer Diathese und Schwangerschaft.

(Charité-Annalen XIII. Jahrg. p. 203.)

Bei einer 33jährigen, früher stets gesunden Frau, bei der nie eine Neigung zu Blutungen vorhanden war, entstehen mit Beginn der 4. Gravidität plötzlich Hämorrhagien der Haut an verschiedenen Körperstellen, besonders stark an den Beinen. Dieselben haben verschiedene Größe und Färbung, schwinden auf Fingerdruck nicht und sind hauptsächlich auch dort, wo Pat. aufliegt. Dieser Zustand besteht 6 Monate lang unbeachtet. Im 7. kommen Blutungen aus dem Zahnfleisch in verschiedenen Intervallen, von verschiedener Stärke hinzu. Das Zahnfleisch ist blutig infiltrirt, aufgelockert, livid gefärbt, bei Berührung schmerzhaft. Hämorrhagien auf der Zunge und Wangenschleimhaut, Nasenbluten von verschiedener Stärke. Hämaturie mit schneidenden Schmerzen, kopiöse, blutige Stühle. 3 Wochen nach der Aufnahme ins Krankenhaus stellten sich Wehen ein, die Pat. gebar am Ende des 8. Monats ihrer Gravidität einen lebenden Knaben. Die Obduktion bestätigte in allen Stücken den Befund intra vitam: Neben den zahlreichen Hämorrhagien allgemeine Anämie. Letztere, hervorgerufen durch die zahlreichen Blutungen, war wohl die Ursache des vorzeitigen Endes der Schwangerschaft. Jedenfalls hat sich die hämorrhagische Diathese in Folge der Schwangerschaft entwickelt

G. Meyer (Berlin).

15. **Pitres.** Sur un cas de pseudo-tabes.

(Arch. de neurol. 1888. No. 45. Mai.)

Bei einem 45jährigen Manne (Werkmeister in einem Eisenwerk) ohne syphilitische oder alkoholische Antecedentien, hatten während 10 Jahren deutlich tabische Symptome bestanden: lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühl, Abstumpfung der Sensibilität an den Unterextremitäten mit Doppelempfindung, Ataxie an den Unterextremitäten bei wohl erhaltenem Lagegefühl, Romberg'sches Symptom, Retentio urinae et alvi, Schwinden der Potenz, gastrische Krisen; dagegen blieb das Kniephänomen bis zu dem an tuberkulöser Pleuritis erfolgten Tode erhalten, auch reagirten die Pupillen reflektorisch bis zu Ende.

Die Untersuchung des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und zahlreicher peripherischer Nerven fiel vollkommen negativ aus, auch an den Spinalganglien (frisch und makroskopisch) nichts Auffälliges; vielleicht bestand im Rückenmark ein leichter Grad von diffuser Periarteriitis. Nervenfaserdegeneration fand sich ausschließlich im linken N. recurrens und in dem Magen- und Herzgeflecht.

Tuczek (Marburg).

16. Neumann. Nouvelles études sur le rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite a frigore.

(Arch. de neurol. 1888. No. 45. Mai.)

In einer früheren Arbeit hat der Verf. an der Hand eines Materials von 17 Fällen darauf aufmerksam gemacht, dass bei der sogenannten rheumatischen Facialislähmung die neuropathische Grundlage und erbliche Belastung die allergrößte Rolle spiele, während der Erkältung oder anderen Schädlichkeiten nur die Bedeutung einer Gelegenheitsursache zukomme (Arch. de neurol. 1887 No. 40, s. d. Referat in d. Centralbl. 1888 No. 11).

Er führt für diese Anschauung nunmehr weitere 25 Fälle ins Feld, von denen namentlich diejenigen, welche das Vorkommen von Facialislähmung bei mehreren Familiengliedern und in mehreren Generationen, so wie das Recidiviren derselben illustriren, sehr schlagend sind. In allen führte eine genaue Anamnese zur Feststellung entweder einer neuropathischen Konstitution des Individuums (Neurosen, Neuralgien, Nervosität, psychische Sonderbarkeiten), oder einer erblichen Belastung (Neurosen und namentlich Psychosen in der Ascendenz oder in Seitenlinien), oder beider ätiologischer Momente zusammen. Bei der erblichen neuropathischen Belastung spielten Arthritis, Gicht, Diabetes eine nicht unbedeutende Rolle.

Eine genealogische Tafel verdient hier wiedergegeben zu werden:

a) Frau A., 60 Jahre, neuropathisch; vollständige linksseitige Facialislähmung mit Ausgang in Kontraktur.	b) Schwester der Frau A., 70 Jahre, neuropathisch, Intercostalneuralgien, linksseitige Ischias. Vollständige linksseitige Facialislähmung mit Ausgang in Heilung.	c) Andere Schwester der Frau A., 57 Jahre, vollständige rechtsseitige Facialislähmung; Heilung nach 3 Monaten.
Tochter, Frau M., verheirathet mit ihrem Vetter M., Sohn der sub b aufgeführten Tante.	Sohn M., 42 Jahr, Tabiker; linksseitige Facialislähmung in Folge Erkältung, Ausgang in Heilung nach 14 Tagen.	

1) Tochter von 16 Jahren; komplete linksseitige Facialisparalyse in Folge Erkältung, Heilung nach 1 Monat.

2) Sohn von 13 Jahren, leidet an Chorea.

Gelegenheitsursachen können vorhanden sein und fehlen.

Jüngere Individuen (zwischen 20 und 40 Jahren) sind am meisten disponirt, Frauen mehr wie Männer.

Tuczek (Marburg).

17. Estor. Hémiatrophie faciale occupant principalement la fosse temporale gauche. Hypertrophie de la paupière supérieure du même coté.

(Revue de méd. 1888. No. 10.)

Bei einem 23 Jahre alten jungen Manne besteht wahrscheinlich seit dem 6. Lebensjahre eine Hypertrophie des linken Augenlides und eine Atrophie des linken M. temporalis. Anamnestisch ist zu bemerken, dass Pat. stets schwächlich war, an Impetigo der Kopfhaut und an hartnäckigen Blepharitiden als Kind gelitten hatte, und über Kopfschmerzen klagt, die in regelmäßigen Intervallen auftreten. Vor einem Jahre verlor er in Folge eines Traumas das rechte Auge und kann jetzt, in Folge der Unfähigkeit, das linke Augenlid zu heben, nichts sehen. Die Untersuchung des verdickten Lides ergab starke Röthung der Conjunctiva palpebr. Die Dicke betrug 1 cm. Es besteht völlige Paralyse desselben. Bei der Palpation fühlt es sich weich an, nur an einigen Stellen fühlt man Verhärtungen. Reichlicher Thränenfluss. Mit Ausnahme einer geringen Herabsetzung der Sehschärfe am Auge nichts Pathologisches. Auffallend ist die Excavation an der Foss. temp.

sie. Hebt man die im Übrigen normale Haut empor, so fühlt man kaum noch den Muskel, sondern den Knochen. An den anderen Gesichtsmuskeln nichts Auffallendes. Keine Sensibilitätsstörungen. Verf., der auf die Ähnlichkeit mit Sclerodermie hinweist, bei der sich auch Hypertrophie mit Atrophie oft vergesellschaftet, spricht sich dahin aus, dass es sich wohl um eine reine Trophoneurose, um eine Erkrankung der peripheren Endäste des Trigeminus handelt, da aus dem Mangel jedes anderen Symptomes eine Läsion des Facialis ausgeschlossen werden muss. Durch welche Einflüsse aber einerseits Atrophie, das andere Mal Hypertrophie erzeugt wird, vermag Verf. nicht zu erklären. Pat. wurde übrigens durch eine Reihe operativer Eingriffe von der Ptosis geheilt. **A. Neisser** (Berlin).

18. X. Francotte. Hémiatrophie congenitale da la langue. Paralysie spastique des extrémités inférieures.

Liège, impr. H. Vaillant-Carmanne, 1888.

Ein 17jähriges Mädchen leidet an kongenitaler Atrophie der linken Zungenhälfte und an spastischer Lähmung der unteren Extremitäten, die seit dem 12. Lebensjahre besteht. Zuerst wurde die rechte, dann die linke untere Extremität befallen. Außerdem findet sich eine Lähmung des linken Rectus externus und eine geringe Parese des linken Facialis. Verf. hat in der Litteratur weder einen Fall von Hemiatrophia linguae congenitalis noch einen mit spastischer Paralyse komplicirten gefunden. (Im Neurolog. Centralblatt 1888 No. 15 ist ein ähnlicher Fall von Fr. Schultze beschrieben. Ref.) In Bezug auf den Sitz der Erkrankung hält er am wahrscheinlichsten, dass die Läsion die beiden Pyramiden und zwar nur die Fasern für die unteren Extremitäten im Bulbus trifft, dann nach links weiter geht und hier den Hypoglossus, den Abducens und den Facialis in Mitleidenschaft zieht. **A. Neisser** (Berlin).

19. O. Koerner (Frankfurt a/M.). Zur Kenntnis der bei Felsenbeincaries auftretenden letalen intrakraniellen Erkrankungen (Hirnabscess, Sinusphlebitis und Meningitis).

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXVII. p. 126.)

Auf Grund einer größeren Statistik bestätigt Verf. die Angaben von R. Meyer, dass die in Folge von Felsenbeincaries entstehenden Hirnabscesse auf der rechten Seite und in Folge rechtsseitiger Felsenbeinerkrankung häufiger sind, als auf der linken Seite. In 67 Fällen handelte es sich 39mal um rechtsseitigen, 25mal um linksseitigen und 3mal um doppelseitigen Hirnabscess.

Ferner ergab sich, dass auch die Phlebothrombose des Sinus transversus und die eitrige Meningitis häufiger auf der rechten Seite resp. nach rechtsseitiger Felsenbeincaries auftreten. Von 74 Fällen von Sinusphlebitis betrafen 44 die rechte und 30 die linke Seite und von 23 Fällen von Meningitis waren 17 in Folge von rechtsseitiger und nur 6 in Folge von linksseitiger Felsenbeincaries aufgetreten.

Da nun solche Erkrankungen des Felsenbeins und des Gehörorgans, welche die genannten letalen intrakraniellen Erkrankungen zur Folge haben können, beiderseits gleich häufig vorkommen, so kann das auf der rechten Seite häufigere Übergreifen des Krankheitsprocesses auf Meningen, Sinus und Hirn nur durch anatomische Verschiedenheiten in den beiden Schädelhälften bedingt sein, welche eine solche Ausbreitung der Krankheit rechts leichter gestatten als links. In der That finden sich solche Verschiedenheiten. Bezold hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass die Flexura sigmoidea des Sulcus transversus auf der rechten Seite meistens tiefer in die Basis des Felsenbeins eindringt als auf der linken Seite, und Rüdinger führte diesen Umstand auf die größere Stärke des rechten Sinus transversus zurück, der die ganze Blutmenge des Sinus longitudinalis in sich aufnimmt, während der linke Sinus nur die geringere Blutmenge der Vena magna Galeni führt. Ref. konnte die Angaben von Bezold bestätigen und fand die Verlagerung des rechten Sinus transversus in 77% einer größeren Schädelreihe. Durch das tiefere Eindringen des rechten Sinus transversus in das Felsenbein

werden Meningen Sinus und Hirnsubstanz den im Felsenbein liegenden Krankheitsherden näher gebracht, wodurch sowohl ein direkter Durchbruch eines cariösen Herdes oder eines Cholesteatoms eher zu Stande kommt, als auch die Fortleitung einer Eiterung durch Vermittlung der in den Knochen eindringenden Durafortsätze mit ihren Blut- und Lymphbahnen erleichtert wird.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

20. Hess. Über Antipyrin in subkutaner Injektion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 39.)

Verf. erprobte bei 7 Fällen von Rheumatismus, 6 Fällen von Neuralgie, 1mal bei Tabes und 1mal bei Gicht die Wirkung tiefer intramuskulärer Injektionen 50%iger wässriger Antipyrinlösungen. Das Gesammtresultat bestand in folgenden Erfahrungen: 1) Das Antipyrin wirkte sehr rasch, in der Regel schon nach 1 bis 2 Minuten, schmerzstillend nicht nur bei peripheren rheumatischen Schmerzen, sondern auch bei spinalen Affektionen. 2) Die Dauer der Wirkung scheint bei Muskelrheumatismen eine längere zu sein, als bei Neuralgien. 3) Es muss dahin gestellt bleiben, ob neben der anodynischen Wirkung auch eine specifische auf den Rheumatismus existirt. 4) Die Injektionen müssen möglichst da gemacht werden, wo der Schmerz oder die Entzündung liegt. 5) Gefährliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, wohl aber manche unangenehme, wie vor Allem die große Schmerzhaftigkeit. Verf. glaubt nicht, dass die subkutane Injektionsmethode die innere Darreichung des Antipyrins verdrängen wird.

Peiper (Greifswald).

21. Bayer. Vergiftung mit Extr. filicis maris.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 41.)

Als Beitrag zur Kasuistik der Vergiftungen durch Darreichung großer Dosen des oben genannten Mittels theilt B. folgenden Fall mit: Bei einer 26jährigen an Taenia leidenden Frau wurde Extr. fil. mar. aether. mit Extr. punic. granat. ã part. aeq. in Kapseln zu 5 g verabreicht. Als nach Einnahme von 3 Kapseln ein Stück Bandwurm ohne Kopf abging, wurden noch weitere 4 Kapseln (im Ganzen also über 17 g des Extr. fil. m.) genommen. Ohne dass ein weiterer Theil des Bandwurms abging, kam es hierauf zu heftigem, stundenlang anhaltendem Erbrechen und Durchfall, mit Collaps und Sopor, welch letzterer durch 30 Stunden währte; als Pat. erwachte, war sie am linken Auge erblindet, und erst nach 14 Tagen, nachdem der Kräftezustand wieder ein guter geworden, war die Wiederherstellung der Sehkraft eine vollständige. Verf. räth bei Anwendung des Mittels die Dosis von 10 g nicht zu überschreiten. **E. Schütz** (Prag).

22. Simes. The injection of a solution of cocaine into the urethra followed by death.

(Med. news 1888. Juli 21.)

Bei einem 29jährigen sonst gesunden Manne wurde, um einen Strikturenschnitt in der Harnröhre schmerzlos vornehmen zu können, eine Drachme einer 20%igen Cocainlösung in die Harnröhre eingespritzt. Unmittelbar darauf trat Zucken im Gesicht auf, die Pupillen erweiterten sich, die Athmung setzte aus und heftige epileptiforme Konvulsionen stellten sich ein. Solche Konvulsionen wiederholten sich mit steigender Heftigkeit, die Athmung wurde immer schwächer, starke Cyanose trat ein und 20 Minuten nach der Injektion war der Kranke todt. Bei der Sektion fand man die Lungen normal, aber stark mit Blut gefüllt, Herz normal, rechter Ventrikel leer, linker mit postmortalen Gerinnseln gefüllt. Die großen Drüsen und das Gehirn zeigten ebenfalls starke Blutfülle. In der Harnröhre fand sich keine durch die Injektionsspritze hervorgebrachte Verletzung.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 13. April. 1889.

I. Über den Perubalsam.

Von

C. Binz.

Der seiner Zeit manchem Leser übertrieben erscheinende Ausspruch von J. Moleschott[1], er weissage dem Jodoform eine große Zukunft, ist auf chirurgischem Gebiete wahr geworden, denn so weit ich aus den Mittheilungen deutscher Chirurgen entnehme, sind die Erfahrungen von P. Bruns und C. Nauwerck über den specifischen

[1] Über die Heilwirkungen des Jodoforms. Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 24—26.

Werth des in tuberkulösen Erkrankungen örtlich angewendeten Jodoforms bei der Mehrzahl der Fachmänner zur verdienten Anerkennung gelangt.

Kaum dass dies unter dem verschiedenst gearteten Widerspruch sich vollzogen hat, erscheint ein neues Antituberculosum auf der Bildfläche, das altberühmte, bei Seite gesetzte und dann wieder hier und da hervorgeholte[2] Balsamum peruvianum. Gleich dem Jodoform wird auch dieses Heilmittel die Engpässe verständiger und unverständiger Kritik passiren müssen, und wie ich erfahre, haben bereits einzelne Beobachter das nicht an ihm erlebt, was sein neuester Vertreter so Überraschendes und Erfreuliches von ihm erzählt[3].

Wie Behauptung und Widerspruch schließlich auch auslaufen mögen, für eine korrekte Prüfung des Perubalsams am Menschen ist es erforderlich, sich der Thatsache zu erinnern, dass er oft verfälscht wird und dass diese schlimme Zugabe zu seinen schönen Eigenschaften sicher eine Steigerung erfahren wird, sobald die Nachfrage nach ihm im Handel eine solche erfährt. Die medicinischen Hand- und Lehrbücher und eben so die sonstigen Publikationen haben bisher dieser Seite des Perubalsams sehr wenig oder meistens gar keine Aufmerksamkeit geschenkt; und aus diesem Grunde und bei der großen Wichtigkeit der ganzen Sache dürfte ein kurzer pharmakologischer Hinweis von Nutzen sein.

Der Perubalsam wird nur in der kleinen Republik San Salvador in Centralamerika gewonnen, und auch da nur in begrenzten Strichen. Hier gedeiht ein Baum (Papilionacee), aus dessen durch stumpfe Instrumente gelockerten und dann eingerissenen Rinde ein wenig Saft ausfließt. Die verwundeten Stellen werden nun mit Fackeln angeschwelt, wodurch das Ausfließen gesteigert und der Saft verändert wird. Zeuglappen werden in die Rindenspalten eingesteckt, damit das Sekret sie durchtränkt, und diese kocht oder presst man dann aus. Durch Stehenlassen abgeklärt und abgeschäumt, geht der Balsam in den Handel. Den Namen Balsam von Peru hat das Präparat dadurch bekommen, dass es zur Zeit der spanischen Herrschaft von dem peruanischen Hafen Callao aus, dem damaligen Stapelplatz des Handels, nach Europa verschifft ward. Der Hauptplatz für die Einfuhr in Europa war früher London, in neuester Zeit wird als solcher Hamburg genannt.

Ihn zu verfälschen, liegt für gewissenlose Händler nahe, denn heute kosten nach der amtlich preußischen Taxe 10 g im Recepturverkauf 35 Pfennig. Vielleicht ist es etwas zu viel gesagt, wenn H. Hager in seinem Kommentar zur Pharmacopoea Germanica, 1883, p. 440 meint, es stehe fest, dass ein reiner und unverfälschter Balsam nur schwer erhältlich sei; aber das Urtheil aller Pharmakognosten

---

[2] Senator, Berliner klin. Wochenschrift 1877. p. 199.

[3] A. Landerer, Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 40 und 41. 1889. No. 4.

stimmt darin überein, dass die Verfälschung sehr häufig ist. Meist verwendet man dazu minderwerthige Balsame wie Gurjunbalsam, Kopaivabalsam, Terpentin; auch Harze und dickflüssige fette Öle, besonders Ricinusöl, werden genannt. Es scheint, dass die Verfälschung vorwiegend durch die Zwischenhändler geschieht. Flückiger konstatirte eine solche, die gegen 1877 in Bremen ausgeführt worden war[4]; der Zusatz bestand hier in unbekannten nicht näher ermittelten Harzen.

Der soeben citirte Jahresbericht sagt a. a. O.: »Das Balsamgeschäft in San Salvador ruht zur Zeit eigentlich nur in einer Hand; von dort geht der Balsam wesentlich nach New York und einigen wenigen europäischen Handelsplätzen, namentlich nach London, und dann weiter. Beim Bezuge aus London wird die Waare meist direkt aus den Docks versandt, gelangt also gar nicht in fremde Hände; bezieht man dann den Balsam aus einer wirklich zuverlässigen, die Annahme einer Fälschung ausschließenden Quelle, welche direkt ab London gekauft hat, so kann man überzeugt sein, die Waare so zu erhalten, wie sie drüben abgesandt wurde. Eine zuverlässige Quelle im Inlande muss vorausgesetzt werden; denn hat der Balsam erst gewisse Hände passirt, so kann man überzeugt sein, gefälschten Balsam zu erhalten.«

Alles das war der Grund, wesshalb die deutsche Pharmakopöe eine genaue Prüfung der Droge anordnete, damit wenigstens gewissenhafte Apotheker danach sich richten können, denn die Ärzte schenken solchen Dingen leider nur sehr selten ihre Aufmerksamkeit. Diese Prüfung lautet nach der Ausgabe des amtlichen Buches von 1882 so:

»Eine braunrothe bis tief dunkelbraune, in dünner Schicht klar durchsichtige nicht fadenziehende Flüssigkeit von angenehmem Geruch und scharf kratzendem, bitterlichem Geschmack. Der Perubalsam besitzt ein spec. Gewicht von 1,137 bis 1,145, klebt nicht und trocknet an der Luft nicht ein. Er ist klar mischbar mit dem gleichen Gewichte Weingeist. 3 Theile des Balsams nehmen 1 Theil Schwefelkohlenstoff ohne Trübung auf; aber nach Zusatz von ferneren 8 Theilen des letzteren scheidet sich ein braunschwarzes Harz ab. Die davon abgegossene klare Flüssigkeit darf nur schwach bräunlich gefärbt sein, und nicht oder doch nur schwach fluoresciren. Wird 1 g Balsam mit 5 g Petroleumbenzin kräftig durchgeschüttelt und werden von dieser Mischung, nachdem sie kurze Zeit gestanden hat, 30 Tropfen in einem Porzellanschälchen der freiwilligen Verdunstung überlassen, so darf der ölartige, gelblich gefärbte Rückstand auch beim gelinden Erwärmen nicht den Geruch des Terpentins, Storax oder Kopaivabalsams zeigen und mit 5 Tropfen starker Salpetersäure (1,30 bis 1,33 spec. Gewicht) versetzt, eine blaue oder blaugrüne Färbung auch bei schwächerem Erwärmen nicht annehmen.«

»Werden 5 Tropfen Balsam mit 3 ccm Ammoniak durch kräftiges Schütteln gemischt, so darf nur ein geringer, bald zerfallender Schaum sich bilden und die Mischung selbst nach 24 Stunden nicht gallertig werden.«

»Reibt man 10 Tropfen Balsam mit 20 Tropfen Schwefelsäure zusammen, so muss eine gleichmäßige, zähe, kirschrothe Mischung entstehen, die, nach einigen Minuten mit kaltem Wasser ausgewaschen, einen harzartigen, in der Kälte brüchigen Rückstand hinterlässt. Mit dem 200fachen Gewichte Wasser der Destillation unterworfen, darf der Perubalsam kein ätherisches Öl liefern.«

---

[4] Pharmakognosie des Pflanzenreichs 1883 p. 128. Vgl. ferner H. Beckurts, Jahresbericht über die Fortschritte der Pharmakognosie etc. 1886 p. 272, 1887 p. 117.

Hält der Perubalsam in der Behandlung der Tuberkulose für die Zukunft, was er gegenwärtig verspricht, so dürfte es geboten sein, von San Salvador und den Verfälschern sich unabhängig zu machen durch Reindarstellung und Anwendung der Bestandtheile, welche seine Hauptmasse ausmachen und welche wir höchst wahrscheinlich als die therapeutisch wirksamen anzusprechen haben. Gegen 60 % der Droge besteht aus dem Cinnameïn, d. i. Zimmtsäure-Benzyläther mit Benzoesäure-Benzyläther, jener von der Formel $C_7H_7 \cdot C_9H_7O_2$ (von C_7H_8O Benzylalkohol und $C_9H_8O_2$ Zimmtsäure), dieser von der Formel $C_7H_7 \cdot C_7H_5O_2$ (von dem nämlichen Alkohol und der Benzoesäure $C_7H_6O_2$). Ferner enthält er gegen 10 % freier Zimmtsäure und ein wenig freier Benzoesäure[5]. Der Rest besteht aus Harz und geringen Antheilen nicht näher bestimmter aromatischer Verbindungen. Ätherische Öle sind nicht darin.

Die beiden genannten Säureäther werden von der Chemie leicht aus anderweitigen Dingen dargestellt, die Zimmtsäure unter andern aus dem billigeren Storax. Es ist zu vermuthen, dass eine dem Perubalsam nachgebildete Mischung jener Äther mit freier Zimmtsäure und etwas freier Benzoesäure in ihrer arzneilichen Wirkung ihm nahe- oder gleichkommen würde. Denken wir zuerst an eine antibakterielle Wirkung, wie wir das gemäß den Erfahrungen und histologischen Untersuchungen mit dem Jodoform doch thun müssen, so ist bereits die örtlich antibakterielle Kraft der Benzoesäure, sogar in der Form des neutralen Natriumsalzes, durch zahlreiche Versuche dargethan[6]. Ich weiß nicht, ob derlei Versuche schon von der Zimmtsäure vorliegen; aber ihrem Herkommen und ganzem Charakter gemäß darf man antibakterielle Wirkungen mit einiger Sicherheit von ihr und ihrem Alkohol erwarten, eben so die belebenden, das Übergewicht der normalen Zellen kräftig fördernden Wirkungen an den durch das bakterielle Gift erschlafften Geweben, worauf Landerer, wenn ich mich recht erinnere, ein besonderes Gewicht legt.

Dieser Theil der Frage nach dem Werthe der Komponenten des Perubalsams würde am besten sogleich am kranken Menschen geprüft. Von einer Möglichkeit des Schädigens dürfte kaum die Rede sein, wenn man die vier Bestandtheile nach ihrem Procentsatz im Balsam mit einem Lösungsmittel, etwa Paraffinum liquidum, Äther oder was sonst sich eignet, auf 100 verdünnt und, wie bei allen solchen Versuchen, vorsichtig und schrittweise vorgehend benutzt.

Bei der Anwendung des Perubalsams oder seiner Hauptbestandtheile wird man auf die Nieren zu achten haben, denn Litten beobachtete bei einem 24jährigen Manne, dem wegen Krätze die Haut

---

[5] K. Kraut, Berichte der deutschen chem. Gesellschaft. Berlin 1869. II, 180. J. Kachler, N. Repert. der Pharmacie 1870. p. 40. Aus den Sitzungsber. der k. k. Akademie der Wissenschaften zu Wien 1869. LIX, 529.

[6] Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmakologie IV, 37. VIII, 145. XI, 86. XII, 198. XIII, 238.

damit eingerieben wurde, heftige Nephritis[7]. Zeigt sich also bei einem Pat. auch nur eine Spur Eiweiß im Harn, so ist die Behandlung mit dem Balsam auszusetzen. Dabei wird man aber dem Irrthum ausweichen müssen, die im Harn auf Zusatz von Salpetersäure entstehende Trübung ohne Weiteres für Eiweiß zu nehmen, denn zuweilen gehen aus solchen Balsamen Harzsäuren in genügender Menge in den Harn über und werden dann durch die stärkere Säure in Form einer opalisirenden Trübung ausgeschieden. Ich selbst hatte Gelegenheit, den Harn eines jugendlichen Pat., der ausgedehnt mit einer Mischung von 4 Theilen Perubalsam und 1 Theil Äther verbunden wurde, wiederholt zu untersuchen, fand aber weder eine Trübung durch Eiweiß noch durch Harzsäuren. Sicherlich ist ein guter und unverfälschter Perubalsam der am wenigsten mit unbequemen Nebenwirkungen behaftete der medicinisch gebräuchlichen Balsame.

II. Propeptonurie, ein häufiger Befund bei Masern.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. M. Loeb in Frankfurt a/M.

Gegenüber der allgemeinen Annahme von dem seltenen Vorkommen des Propeptons (der Hemialbumose Kühne's) im Harne dürfte die Mittheilung von Interesse sein, dass ich in der größeren Mehrzahl der Masernerkrankungen (in 12 Fällen 9mal) den erwähnten Eiweißkörper nachzuweisen im Stande war. Salpetersäure, tropfenweise dem Harne zugesetzt, gab einen reichlichen, weißen, flockigen Niederschlag, der sich beim Erwärmen (auch bei weiterem Säurezusatze) auflöste, um beim Erkalten wieder zum Vorschein zu kommen. Ein ähnliches Verhalten bewirkte koncentrirte Essigsäure, eben so Kochsalz; über weitere Reaktionen mit Pikrinsäure, Natronlauge und verdünnter Kupfervitriollösung etc. werde ich an anderer Stelle ausführlicher berichten. Die Propeptonurie zeigte sich in der Regel bei beginnender oder schon eingetretener Defervescenz bei noch stehendem Exanthem und war fast immer 2 Tage hindurch nachzuweisen.

Was das Verhältnis der Propeptonurie zu der Diazoreaktion betrifft, die nach Fischer bei Morbillen mit großer Regelmäßigkeit auftritt, so erhielt ich in allen Fällen, in denen ich Propepton im Harne nachweisen konnte (außer den angeführten fand ich dasselbe noch 3mal bei Scharlach, 1mal bei Phthise in stadio ultimo) sehr schön die Diazoreaktion; dagegen ist es mir einige Male passirt, dass letztere vorhanden war, das Propepton dagegen zu fehlen schien, indem

---

[7] Charité-Annalen 1882. VII, 187. P. Unna beobachtete dasselbe nach Einreiben mit Storax. Vgl. Arch. f. path. Anat. etc. 1878. LXXIV, 424.

Mögling bekam durch einmaliges Einreiben von Perubalsam heftige Urticaria, auch an nicht eingeriebenen Theilen, und Lungenkongestionen. Berliner klinische Wochenschr. 1880. p. 557.

der Harn sich bei Salpetersäurezusatz nicht trübte. Wahrscheinlich handelt es sich hier um Spuren des in Rede stehenden Eiweißkörpers; ich erhielt nämlich in neuerer Zeit ein paarmal einen Niederschlag resp. Trübung, wenn ich den mit Salpetersäure versetzten und erhitzten Harn erkalten ließ, da, wo Salpetersäure allein keine Veränderung bewirkte.

Über die Entstehung der Propeptonurie bei Masern lassen sich nur Vermuthungen vorbringen. Ich fand bei masernkranken Kindern öfters eine Vergrößerung der Leber, und wäre es leicht möglich, dass dieselbe mit der Harnveränderung in einem gewissen Zusammenhange steht. Man könnte ferner an eine Abhängigkeit der letzteren von der Hautaffektion denken, da ich, wie erwähnt, die Propeptonurie wiederholt auch bei Scharlach sah, Leube sie bei Urticaria, Ter-Gregoriantz bei diffuser Dermatitis vorfand, und Lassar sie künstlich durch Petroleumeinreibungen bei Thieren erzeugen konnte.

---

1. J. **Breuer.** Neue Versuche an den Ohrbogengängen.

(Pflüger's Archiv Bd. XLIV. p. 135.)

B. hat sich die Aufgabe gestellt, bei Tauben an den frei präparirten aber völlig unverletzten knöchernen Bogengangampullen genau lokalisirbare Reize anzubringen. Zur thermischen Reizung diente ein Tropfen Eiswasser oder Berührung mit einem stark abgekühlten Metallinstrumente oder galvanokaustische Erwärmung. In allen Fällen ließ sich von jeder Ampulle aus eine Kopfbewegung in der Ebene des zugehörenden Bogenganges auslösen, und zwar bald nach der gereizten, bald nach der anderen Seite hin. Eine noch weitere Lokalisirung war in so fern möglich, als es gelang, von den einzelnen Abschnitten einer jeden Ampulle aus, je nach dem Reizungsorte, entweder Bewegungen des Kopfes nach der Reizungsseite oder nach der entgegengesetzten zu erzielen.

Die elektrische Reizung geschah mittels galvanischer, durch Rheostaten abstufbarer Ströme. Wurde eine Elektrode am Bauch befestigt, die andere abwechselnd ins Kleinhirn eingestoßen oder mit dem »Bogengangkreuz« in Berührung gebracht, so erfolgten die bekannten Kopfbewegungen im letzteren Falle bereits bei einer Stromstärke, die bei Durchströmung des Kleinhirns unwirksam war. Hiermit hält B. für bewiesen, dass es nicht Stromschleifen durchs Kleinhirn, sondern Reizungen des Vestibularapparates sind, welche die galvanische Schwindelerscheinung bedingen. Es gelang aber auch durch isolirte galvanische Reizung der einzelnen Ampullen die specifischen Reaktionen, Kopfbewegungen in der Kanalebene, auszulösen.

Versuche mit mechanischer Reizung, die ebenfalls den entsprechenden Erfolg hat, sind von B. schon früher (1875) mitgetheilt worden. Er benutzt dazu Einstiche mit einer Nadelspitze oder einem feinen auf den eröffneten Kanal wirkenden Luftstrom.

Bei einigen der angeführten Versuchsmethoden werden, wie

Verf. meint, die Kopfbewegungen durch Strömungen der Endolymphe hervorgerufen, deren Richtung die Bewegungsrichtung bestimmt.

Seine Ansicht, dass das Vestibulum einen peripherischen Wahrnehmungsapparat für Bewegungen und Lage des Kopfes enthalte, dessen Centrum vermuthlich im Kleinhirn gelegen sei, sieht Verf. durch die vorliegenden Erfahrungen bestätigt.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **W. Bechterew** und **N. Mislawsky.** Über den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelsekretion.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 20.)

Die Versuche wurden an curaresirten Hunden ausgeführt, denen Kanülen in die Wharton'schen Gänge, in mehreren Experimenten außerdem noch solche in die Stenon'schen Gänge eingeführt waren. Zur Registrirung der Speichelsekretion wurde der Speichel in graduirten Glascylindern aufgefangen oder die aus jeder der Kanülen herabfallenden Tropfen gezählt. Durch die elektrischen Reizungsproben ergab es sich, dass derjenige Theil der vierten Urwindung, welcher oberhalb der Sylvi'schen Furche und nach vorn von derselben liegt, betreffs der Speichelsekretion aus der Submaxillaris am wirksamsten und für die Sekretion aus der Parotis allein von allen Windungen thätig ist. Weniger groß, aber vorhanden, ist der Einfluss, den der ganze vordere (nach vorn von dem Sulcus cruciatus gelegene) Abschnitt des Gyrus sigmoides, so wie der äußere Theil des hinteren Abschnittes der genannten Windung, die vorderen Theile der zweiten und dritten Urwindung in der fraglichen Beziehung äußern.

Der vorderste Abschnitt der Hemisphären, namentlich der Stirnlappen zeigte sich stets ohne merkliche Wirkung auf die Speichelsekretion, eben so die parietalen, occipitalen und zum großen Theil die temporalen Regionen der Hirnrinde. Die Speichelabsonderung ging größtentheils auf der der Reizung entsprechenden Seite stärker vor sich als auf der entgegengesetzten.

Der bei Reizung der wirksamen Region abgesonderte Submaxillarspeichel war stets dünnflüssig und zeigte alle Eigenthümlichkeiten des durch Chordareizung gelieferten Speichels. Durchschneidung der Chorda tympani bewirkte Sistirung der Speichelabsonderung auf der operirten Seite; dagegen äußerte die Durchschneidung des Sympathicus, dessen Reizung freilich bei Hunden überhaupt nur geringe Sekretion von Saliva hervorruft, diesbezüglich nicht den mindesten Einfluss.

J. Ruhemann (Berlin).

---

3. **Adolf Ott.** Beiträge zur Kenntnis der normalen und pathologischen Verhältnisse der Ganglien des menschlichen Herzens.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. p. 271.)

Am reichlichsten findet man Ganglienzellen im Septum atriorum und zwar in dessen vorderen und hinterem Abschnitt, wo es am

dicksten ist, während in der mittleren dünneren Partie kaum welche vorkommen. Aber auch in der Circumferenz der Vorhöfe, namentlich an der hinteren Seite, vorzüglich aber in der zwischen den beiden Hohladern gelegenen Partie des rechten Vorhofs, sind Ganglienzellen vorhanden. Die Ventrikel enthalten keine Ganglien. Die Ganglienzellen liegen hauptsächlich im subpericardialen Bindegewebe, vereinzelt aber auch in der Muskulatur.

Die Untersuchung von 30 Herzen auf pathologische Veränderungen der Ganglienzellen ergab, dass solche in zweierlei Typen vorkommen, nämlich: erstens als progressive Veränderung — Wucherung des Bindegewebes zwischen den Zellen und den Kernen der Schwannschen Scheide mit Bildung eines erst kernreichen, später derbfaserigen Gewebes —, daneben bei den höheren Graden dieses Processes Verfettung und Kompression der Ganglienzellen; und zweitens als akute parenchymatöse Degeneration dieser Zellen. Die erste Veränderung findet sich in den Fällen, welche zur Stauung und zu Größenveränderung im Herzen führen, die zweite bei tiefgreifender qualitativer Alteration des Blutes (Urämie, Sepsis etc.). Bestimmte Beziehungen zwischen Ganglienveränderung und Degeneration der Herzmuskulatur sind nicht nachweisbar. »Ein kausaler Zusammenhang zwischen den makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen am Herzen und jenen der Ganglien besteht nur in so fern, als die zu allgemeiner Hyperplasie der sämmtlichen Gewebe des Herzens führende Blutstauung auch die Wucherung der Bindegewebssubstanzen an den Ganglien und deren Folgen zu begünstigen scheint. In klinischer Beziehung lassen sich aus den Ergebnissen der Untersuchung keine Anhaltspunkte gewinnen, welche aus der im Leben beobachteten Herzthätigkeit einen Schluss auf die pathologischen Verhältnisse der Herzganglien gestatten oder eine Beeinflussung der Herzaktion in Bezug auf deren Frequenz oder Rhythmus seitens der veränderten Ganglien erkennen lassen würden.«

Die Arbeit ist mit einer gut ausgeführten Tafel ausgestattet; zu loben ist auch die sorgfältige Zusammenstellung und Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur. **F. Neelsen** (Dresden).

---

4. F. Hofmeister. Über den schweißmindernden Bestandtheil des Lärchenschwammes.

(Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 2.)

Der Lärchenschwamm (Polyporus officinalis) war zuerst von de Haën (1768) als Antihydroticum empfohlen worden, später aber wieder in Vergessenheit gerathen, bis neuerdings 1881 Norris Wolfenden und Young, 1883 Seifert das im Handel als »Agaricin« anzutreffende, aus dem Lärchenschwamm dargestellte wirksame Produkt gegen die erschöpfenden Nachtschweiße der Phthisiker empfahlen. Aus solchem Agaricin lässt sich leicht reine Agaricussäure mittels ihres in Wasser und siedendem Alkohol unlöslichen Barytsalzes darstellen; diese Säure ist der Träger der antihydrotischen

Wirkung; sie hat die Konstitution $C_{14}H_{27}OH\langle{COOH \atop COOH}$, ist also der Apfelsäure homolog und schmilzt bei 138° C.

Die Allgemeinwirkung der Agaricussäure äußert sich beim Kaltblüter in allmählich zunehmender centraler Lähmung, in Schwächung der Herzthätigkeit und Aufhebung oder bedeutender Herabsetzung der Hautsekretion. Bei kleinen und mittelgroßen Hunden veranlasste die Agaricussäure per os bis zu 1 g außer Erbrechen und mehr oder weniger starkem Durchfall keinerlei sonstige Erscheinungen. Die subkutane, noch sicherer die intravenöse Injektion von 0,1 g der Säure als Natriumsalz veranlasst bei Kaninchen zunehmende Schläfrigkeit, Verlangsamung und Vertiefung der Athemzüge. Bei intensiver Vergiftung wird die Respiration ausgesprochen dyspnoisch, dazu gesellen sich krampfhafte Zuckungen der Extremitäten und Konvulsionen. Aus den Blutdruckversuchen ergab sich, dass die Agaricinsäure eine intensive Wirkung auf die lebenswichtigen Centren des verlängerten Markes hat; namentlich die Vasomotoren- und Vaguscentren erfahren dabei Veränderungen, zuerst im Sinne von Erregung, dann bleibender Lähmung. Unter gewöhnlichen Umständen erfolgt der Tod in Folge des Athemstillstandes; bei künstlich respirirten Thieren ist die schließliche hochgradige Abnahme des Blutdruckes als Todesursache anzusehen. Die Wirkung der Agaricussäure auf die Schweißsekretion wurde an Kätzchen untersucht, welche in feuchtwarmer Luft sich befanden; der sonst an den Pfoten unter diesen Bedingungen reichliche Schweißausbruch wurde durch Agaricussäure (subkutan als Natronsalz) entweder sehr verzögert oder völlig sistirt. Ähnlich wie Atropin, so hebt auch Agaricin durch lähmende Einwirkung, auf den peripheren Nervenapparat der Schweißdrüsen deren Sekretion auf. Aber außer dieser Hemmung der Hautsekretion besteht weiter zwischen Atropin und Agaricussäure kein Vergleichspunkt; weder die charakteristische Herzwirkung, noch die Einwirkung auf die Pupille kommt der Agaricussäure zu; auch auf die Speichel- und Thränendrüsen hat die Säure *keinen* sekretionshemmenden Einfluss. Interessant ist noch, dass H. durch Ersetzung der einen Hydroxylgruppe in der Säure gegen Wasserstoff ebenfalls eine Substanz bekam, welche schweißmindernde Wirkungen besaß.

Für die therapeutische Verwendung ist noch Folgendes zu beachten: Zunächst spricht die örtlich reizende Wirkung der Säure und ihrer Salze *gegen deren subkutane Verwendung*, wie sie seiner Zeit von klinischer Seite befürwortet wurde. Der Injektion folgt nämlich anhaltendes Brennen und Schmerzgefühl nach, so wie eine entschiedene Gefahr zu Entzündung und Abscessbildung, wie die Thierversuche zeigten. Bezüglich der im Handel anzutreffenden »Agaricine« hebt H. hervor, dass nur solche von tadellos weißem, gut krystallisirtem Aussehen benutzt werden dürfen, welche durchaus nicht bitter schmecken, in verdünntem Alkohol und kochendem Wasser völlig klar löslich sind, da nur diese Eigenschaften für die Abwesenheit der viel stärker reizend und abführend wirkenden Harzsäuren Gewähr bieten. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

5. **John Sjöqvist.** Eine neue Methode, freie Salzsäure im Mageninhalte quantitativ zu bestimmen. (Aus dem chemischen Laboratorium des Karolin'schen Instituts zu Stockholm.)

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 1 u. 2. p. 1—11.)

Die Methode beruht aul folgender dem Verf. von K. A. H. Mörner mitgetheilten Idee: Wenn ein Mageninhalt mit Baryumcarbonat zur Trockne eingedampft wird, werden die freien Säuren desselben

in die Baryumsalze der respektiven Säuren übergeführt. Bei der folgenden Einäscherung bleibt gebildetes Chlorbaryum unverändert; die Salze der organischen Säuren werden zu Baryumcarbonat verbrannt. In den Wasserextrakt der Asche geht das Chlorbaryum über, das kohlensaure Baryt aber ist fast unlöslich in Wasser. Ersteres entspricht der Menge der ursprünglich im Magensaft vorhandenen freien Salzsäure und wird nach einer im Original genau mitgetheilten Methode durch Titriren mit doppelt chromsaurem Kalium bestimmt.

F. Röhmann (Breslau).

---

6. **F. Cimbali.** Peritonite tubercolare primitiva.

(Sperimentale 1888. Juni.)

An 3 genauen Krankenbeobachtungen, welche durch die Leichenuntersuchung ihren Abschluss erhielten, führt C. den Nachweis von der Existenz einer primären tuberkulösen Peritonitis und erläutert an diesen und ähnlichen Erfahrungen sein pathogenetisches Princip, dem zufolge »der ansteckende specifische Keim der Tuberkulose sich, nachdem er einmal in den Organismus eingedrungen ist, in demjenigen Organ oder in denjenigen Organen lokalisirt und Krankheitsprodukte erzeugt, in welchen ererbte oder erworbene Bedingungen in gewissem Maße die organische Widerstandsfähigkeit der Gewebe geschwächt und solchergestalt den Locus minoris resistentiae der Alten geschaffen haben«. Im ersten Falle findet Verf., dass ein dem Ausbruch der Peritonitis seit langer Zeit vorausgegangener chronischer Magendarmkatarrh, der bekanntlich eine Verminderung oder das Versiegen des dem Tuberkelbacillus feindlichen Magensaftes zur Folge habe, dem Virus den Weg zum Lymphsystem der Bauchhöhle vorbereitete. Da die tuberkulöse Peritonitis, sich selbst überlassen, stets und nothwendig zum Tode führe (!? Ref.) und da die Hilfsmittel der Materia medica weder den tödlichen Verlauf hindern, noch eine Besserung herbeiführen können, so sei die Laparotomie und Desinfektion der Bauchhöhle nach den bisherigen Erfahrungen (Studensky, Naumann, Schwartz, Weinstein, Kümmel) der einzige Rettungsanker für die an tuberkulöser Peritonitis Erkrankten. Weil von 30 wegen dieser Krankheit Laparotomirten nur 2 direkt nach der Operation starben, bezeichnet C. diesen »fast stets heilsamen« Eingriff als »unschädlich«.

G. Sticker (Köln).

---

7. **Kahler.** Über die Erweiterung des Symptomenkomplexes der Basedow'schen Krankheit.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 30 u. 32.)

8. Derselbe. Über den Leitungswiderstand der Haut bei Morbus Basedowii.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. p. 355.)

In der Litteratur sind eine große Anzahl von Beobachtungen des Morbus Basedowii angeführt, bei denen außer der bekannten

dieser Krankheit eigenthümlichen Symptomentrias noch anderweitige bemerkenswerthe Krankheitserscheinungen nachzuweisen waren; nothwendig erscheint es daher, jene Symptome festzustellen, welche durch Häufigkeit und Konstanz ihres Vorkommens den Hauptsymptomen sich anreihen und dadurch eine Bedeutung für die Diagnose der genannten Krankheit gewinnen.

Verf. bespricht an der Hand eigener Beobachtungen und der Litteratur zunächst die häufig bei Morbus Basedowii beobachteten Störungen der Motilität; es handelt sich hierbei gewöhnlich um Hemi- oder Paraplegien meist hysterischen Charakters; einzelne der beobachteten Fälle aber lassen bezüglich Erscheinungen und Verlauf allerdings das Bestehen einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems vermuthen. Zu erwähnen ist ferner das Vorkommen von Muskelatrophien, die entweder bloß auf einzelne Muskeln oder auf eine Extremität beschränkt, oder auch über Gesicht und Rumpf verbreitet sind; diese Lähmungen und Atrophien kommen in der Regel gleichzeitig mit den Hauptsymptomen des Morbus Basedowii zur Entwicklung und können mit Rückgang derselben wieder verschwinden; noch deutlicher tritt dies bei den im Verlaufe des Morbus Basedowii häufig in dem willkürlichen Bewegungsapparate des Auges zur Beobachtung kommenden Lähmungszuständen hervor. Als außerordentlich häufiges Vorkommnis ist ferner das Vorhandensein eines eigenthümlichen Zitterns (Vibriren) der Hände zu erwähnen, das am deutlichsten beim Vorstrecken derselben zum Ausdruck kommt; zuweilen ist diese Erscheinung auch an den Unterextremitäten- und Rumpfmuskeln nachweisbar; nicht selten treten choreaartige Bewegungen an Kopf, Rumpf und Extremitäten auf, wiederholt wurde auch Chorea bei Morbus Basedowii beobachtet. Schließlich bespricht Verf. das Verhalten des elektrischen Leitungswiderstandes der Haut bei der genannten Krankheit.

Das von Vigouroux entdeckte Symptom der Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes bei Morbus Basedowii hat K. einer erneuten eingehenden Untersuchung unterzogen. Die Prüfungen wurden an einer Reihe von an Morbus Basedowii leidenden, so wie zum Vergleiche auch an einer größeren Anzahl theils gesunder, theils anderweitig erkrankter Individuen mittels eines im Original näher einzusehenden Verfahrens vorgenommen. Nach Verf. kann von einer Konstanz des erwähnten Symptoms nicht die Rede sein, doch glaubt K. den Satz aussprechen zu dürfen, dass ein außerordentlich häufig, wenn auch nicht regelmäßig bei Morbus Basedowii sich herausstellendes, Symptom durch die Erhebung des Körperwiderstandes bei galvanischer Durchströmung aufgesucht werden kann. Der Leitungswiderstand bei Morbus Basedowii unterscheidet sich sehr häufig von jenem anderer Individuen durch den niedrigen Werth des absoluten Widerstandsminimum, durch das Erreichtwerden des letzteren bei auffallend geringer elektromotorischer Kraft, endlich vor Allem durch seine überaus leichte Herabsetzbarkeit bei geringer

elektromotorischer Kraft. Der Nachweis eines bloß 5000 S. E. oder darunter betragenden relativen Widerstandsminimum bei 4 Elementen Stöhrer bildet eine wünschenswerthe Ergänzung jenes Symptomenkomplexes, den wir Morbus Basedowii nennen. Bei Verwendung höherer elektromotorischer Kräfte zur Bestimmung des relativen Widerstandsminimum vermischen sich die Unterschiede des Verhaltens des Leitungswiderstandes bei Morbus Basedowii und bei anderen, mit einem sehr leicht herabsetzbaren Leitungswiderstand ausgestatteten Individuen. Diese abnorm leichte Herabsetzbarkeit des galvanischen Leitungswiderstandes beruht nicht, wie einige Autoren annehmen, auf einer Reaktion des vasomotorischen Systems, sondern bloß auf physikalischen Vorgängen, welche in einer besonderen Hautbeschaffenheit begründet sind; nicht die Dünne oder Zartheit des Hautorgans kommt hierbei in Betracht, da sich aus zahlreichen Widerstandsbestimmungen, die Verf. an Menschen mit verschiedenster Beschaffenheit der Hautorgane vornahm, ein solches Verhältnis nicht herausstellte, sondern Verf. glaubt, gestützt durch seine Untersuchungen, das häufige und leichte Schwitzen der Haut als den für das Verhalten des Leitungswiderstandes maßgebenden Faktor betrachten zu können. **E. Schütz** (Prag).

9. **W. A. Freund.** Über Akromegalie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 329/30.)

10. **R. Virchow.** Ein Fall und ein Skelett von Akromegalie.

(Nach einem Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 5.)

F. giebt zunächst eine historische Übersicht über die von P. Marie im Jahre 1886 zuerst unter dem Namen der Akromegalie beschriebene neue Krankheitsform und referirt dabei besonders eingehend die von Erb kürzlich über diesen Gegenstand im Deutschen Archiv für klin. Medicin publicirte Arbeit, die die gesammten bisher bekannten Fälle dieser Art umfasst. Ein Fall, den F. vor 16 Jahren zuerst unter der Bezeichnung »Makrosomia partialis« in Breslau vorgestellt hatte, und dessen genauere Schilderung er sich bis zur Beschaffung weiteren Materials — diese Hoffnung F.'s erfüllte sich auch (eine Angabe der Zahl der beobachteten Fälle fehlt) — vorbehalten wollte, gab Veranlassung zu dieser Schrift.

Anamnese: 34jährige Frau von gesunden Eltern. Geschwister gesund. Mit 14 Jahren menstruirt; bis dahin durchaus normale Entwicklung. Von da ab auffallende Zunahme des Umfanges an Händen, Füßen und Gesicht. Menses wurden seltener, sistirten mit 20 Jahren. Mit 22 Jahren verheirathet, kinderlos, sexuell apathisch. Allmähliche Zunahme des Umfanges an den betroffenen Körpertheilen. Schwere des Kopfes. Handarbeiten unausführbar. Gang schwerfällig. Andauerndes Gefühl von Schwere und Mattigkeit. Niedergeschlagenheit. Stat. praes.: Kräftiger Körperbau. Muskulatur schlaff. Arme und Beine mager. Weichtheile der Hände und Füße sehr massig, Haut derselben sehr faltenreich. Schleimhäute blass. Psyche intakt. Kyphose des oberen Brusttheils der Wirbelsäule. Das Gesicht lässt in Folge des massigen Unterkiefers, der nach allen Richtungen hervortritt, den Gehirnschädel zu klein erscheinen und ist stark nach vorn und unten vorgetrieben.

Die Ohr-Schläfengegend, Oberkiefergegend nebst Nase auch abnorm groß. Unterlippe voller als Oberlippe. Hand und Unterarm unverhältnismäßig lang, Hand abnorm breit und massig. Clavicula und Scapula auffallend groß. Unterschenkel abnorm lang; Plattfüße, kolossal, sehr fleischig. Die Maße der einzelnen Theile müssen im Original nachgelesen werden. Eine neuere Untersuchung im Jahre 1888 ergab eine erhebliche Zunahme aller Deformitäten. Außerdem war Tabes hinzugetreten.

Verf. schildert dann in lehrreicher Weise unter Heranziehung anthropologischer und zoologischer Daten die physiologischen Wachsthumsverhältnisse und deducirt aus diesen Gesetzen, dass die Akromegalie eine Wachsthumsanomalie darstellt; wahrscheinlich schon in der Zeit der zweiten Zahnung beginnend, setzt dieselbe sicher mit der Zeit der Pubertätsentwicklung energisch ein und besteht in einer rapid auftretenden weit über die physiologische Wachsthumsgrenze hinausgehenden Größenentwicklung des Gesichtsschädels, vorzugsweise des Unterkiefers, und der Extremitäten mit ihren Gürtelbefestigungen, bei nur sekundär verändertem Verhalten des Gehirnschädels und des Rumpfes. Die Betheiligung des Sexualsystems kommt dabei stark zur Geltung. In den darauf hin untersuchten Fällen sind die Genitalfunktionen stets erloschen. Alle sonst beschriebenen Erscheinungen sind als sekundäre oder zufällige Komplikationen zu betrachten. Die gedrückte Stimmung ist durch das Bewusstsein der Verunstaltung und durch die geschlechtliche Impotenz genügend erklärt. Die Zunahme der Weichtheile erfolgt, eben so wie die der Knochen, durch vermehrte Blutzufuhr. Die Disposition zur Akromegalie soll in dem Zeitraum der Pubertätsentwicklung jedes Individuum besitzen; die nächste Ursache der Erkrankung soll in einer vermehrten Blutzufuhr zu den erweiterten Gefäßen liegen.

Drei Lichtdrucktafeln sind dem Werkchen beigegeben. —

V. demonstrirte das Skelett des im vergangenen Jahre von Fräntzel publicirten Falles und stellt außerdem einen neuen Pat. vor. V. wendet sich zunächst gegen die Anschauung Freund's, dass das Leiden mit der geschlechtlichen Entwicklung zusammenhänge. So leidet z. B. eine 11jährige Tochter des Fräntzel'schen Pat. bereits an Akromegalie und bei dem vorgestellten Falle datirt die Erkrankung bereits seit den ersten Knabenjahren. Eben so verhält es sich in den Friedreich'schen Fällen zweier Brüder. V. glaubt eher, dass die Heredität eine Rolle bei der Affektion spielt. Auch die Störung der geschlechtlichen Funktionen, die F. betont, kann V. nicht bestätigen. Die Affektion befällt hauptsächlich Hände und Füße, oder in noch größerer Ausdehnung die Enden der oberen und der unteren Extremitäten. Das Gesicht wird seltener und auch nicht immer in gleichem Maße, wie die Extremitäten, ergriffen.

Durch die Betheiligung der Weichtheile an der Erkrankung hat die Akromegalie Anlass zu Verwechslung mit Myxödem gegeben. Das differentiell diagnostische Moment liegt aber darin, dass bei Myxödem eine Betheiligung der Knochen bisher noch niemals kon-

statirt wurde —, ein Merkmal, das allerdings intra vitam schwer zu entscheiden ist.

Neben der Betheiligung der Knochen und der Haut fand sich in V.'s Falle, analog den Friedreich'schen Beobachtungen, eine stark entwickelte Muskulatur und ein erheblich gesteigertes Muskelvermögen.

Im Vergleich mit den Verhältnissen bei dem Riesenwuchs ist zu betonen, dass bei letzterem die gesammten Größenmaße des Körpers abnorm hohe, aber dabei unter sich wohl proportionirte sind, während bei den Akromegalen sich eine unverhältnismäßige Entwicklung einzelner Körpertheile findet, speciell der Füße und der Hände, woran nicht allein die Knochen, sondern auch die Weichtheile Theil nehmen. Von der Leontiasis ossea unterscheidet sich die Akromegalie durch den Mangel der Betheiligung der Gesichtsknochen, von der Osteitis deformans durch die Neigung, die Enden der Extremitäten zu ergreifen. Nur mit der Arthritis deformans zeigt die Akromegalie eine gewisse Verwandtschaft; bei beiden Erkrankungen finden sich — wie auch bei dem vorliegenden Skelett — Osteophyten an den Phalangen und an einer Anzahl von Knochen Exostosen. Dagegen sind bei der Akromegalie die Gelenke als solche nicht betheiligt. Schließlich giebt V. die Kopfmaße seines Pat. an, die alle vorher von ihm gemessenen übersteigen: Umfang des Schädels 655 mm, Länge 229 mm, Breite 168 mm, dagegen die Gesammtgröße des Mannes nur 1838 mm. **A. Neisser** (Berlin).

---

11. **Oppenheim.** Die traumatischen Neurosen.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1889. 146 S.

Die Lehre von der Rückenmarks- und Hirnerschütterung, welche zur Erklärung des als Railway-spine und Railway-brain bekannten Symptomenkomplexes nach Eisenbahnunfällen und ähnlichen Insulten palpable Veränderungen im Centralnervensystem in Anspruch nahm, hat durch die Arbeiten von Charcot und O. einen gewaltigen Stoß erlitten. Dieselben lehrten, dass weder die motorischen noch die sensiblen Störungen, welche zu den wesentlichsten Zügen des vielgestaltigen Krankheitsbildes gehören, sich mit einer organischen Läsion im Gehirn oder Rückenmark vereinigen ließen, und dass es sich nur um eine funktionelle Neurose, eine »traumatische Neurose« handeln könne, bei welcher das psychische Element, die Vorstellung, die allergrößte Rolle spielt.

Es ist sehr dankenswerth, dass O., indem er dem Verdienst der grundlegenden Arbeiten Charcot's seinen Tribut zollt, dem er nur — und gewiss mit Recht — in der Identificirung von »funktionell« und »hysterisch« nicht beistimmt, seine eigenen reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete der Öffentlichkeit übergiebt, sie zu einer monographischen Behandlung des Gegenstandes zusammenfügend. 33 Fälle, so aus einer großen Summe von eigenen Beobachtungen ausgewählt, dass sie ein erschöpfendes Material für die Beurtheilung aller in Betracht kommenden Fragen enthalten, bilden die Grundlage der Ar-

beit, die dem Kliniker, dem Fabrik-, Kassen-, Eisenbahn- und Gerichtsarzt eine Fülle von Detail bietet, das im Einzelnen studirt werden muss; denn kaum 2 Fälle gleichen einander vollständig.

Einige gemeinschaftliche Züge aber gehen durch alle Krankheitsbilder: 1) Stets handelt es sich um Verletzungen mit fehlenden oder geringfügigen äußeren Verwundungen; Verletzungen vom Charakter der Erschütterung, theils bei Eisenbahnunfällen, theils durch Maschinenbetrieb in Fabriken und Werkstätten. Wie die Art und der Angriffsort der Verletzung sehr variabel ist, so ist auch das Symptomenbild nur in unwesentlichen Zügen von der Art und dem Ort der Läsion abhängig. Fast stets ist der Unfall mit einer bedeutenden psychischen Erschütterung verknüpft.

2) Im ganzen Krankheitsbild und -Verlauf spielt das psychische Element die allergrößte Rolle. Dies gilt nicht nur für die psychischen Alterationen im engeren Sinne, indem Angst, hypochondrisch-melancholische Verstimmung, abnorme Reizbarkeit, Rührseligkeit, Schlaflosigkeit mit schreckhaften Träumen die Regel sind, aber auch tiefe Störungen der Intelligenz, Zwangsvorstellungen und typische Psychosen vorkommen, sondern auch für die sensorischen und motorischen Störungen: »Die Verletzung schafft allerdings direkte Folgezustände, die aber in der Regel keine wesentliche Bedeutung gewinnen würden, wenn nicht die krankhaft alterirte Psyche in ihrer abnormen Reaktion auf diese körperlichen Beschwerden die dauernde Krankheit schüfe.« Die Vorstellung bemächtigt sich der durch den Unfall hervorgerufenen Schmerzen und abnormen Sensationen, um eine Fülle von hypochondrischen Wahnideen zu zeitigen, die dann weiter nach und nach ein Heer von subjektiven Beschwerden und objektiven Symptomen produciren.

Es kann hier nicht im Einzelnen ausgeführt werden, unter wie verschiedenen Formen die Hyperästhesien, die Parästhesien, die vollkommenen und unvollkommenen, halb- oder doppelseitigen Anästhesien in allen oder nur einzelnen Qualitäten der Sensibilität in die Erscheinung treten, wie sich damit eine Herabsetzung in der Funktion der Specialsinne, meist auf der nämlichen Seite (der der Läsion) vergesellschaften kann. Immer handelt es sich um Verbreitungsweisen der Sensibilitätsstörung, wie sie weder dem Verlauf eines Nerven, noch irgend welcher anatomischen Läsion im Gehirn oder Rückenmark entsprechen. Zu den konstantesten Symptomen gehört die Einengung des Gesichtsfeldes.

Bei den Störungen der Motilität sind mehrere Momente zu unterscheiden. Einmal bilden die Schmerzen eine Hemmung für die Bewegungen, besonders des Rumpfes; dadurch kommt es nicht nur zu bewusstem oder instinktivem Vermeiden von Bewegungen, sondern vielfach auch zu dauernden Muskelspannungen. Eine andere Form der Motilitätsbehinderung, die Parese eines oder mehrerer Glieder oder Gliedsegmente (wiederum auf der Seite der Verletzung), ist offenbar bedingt durch Verlust der Bewegungsvorstellun-

gen. Auch die Parese entspricht nie der Läsion eines bestimmten Nerven oder Abschnittes im Centralnervensystem, auch nicht einer direkten traumatischen Muskellähmung. Die Lähmung kann eine schlaffe oder mit Muskelspannungen verknüpft sein, die, ursprünglich reflektorisch, durch Schmerzen bedingt, später habituell werden, zur Kontraktur führen.

Charakteristisch ist ferner, dass komplicirte Bewegungsakte, wie das Gehen, in einem Grade erschwert und verändert sind, welches zu der geringen Störung der Einzelbewegung häufig in keinem Verhältnis steht. Die hier zu beobachtenden pathologischen Gangarten entsprechen wiederum keinem der Typen, wie sie den materiellen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks zukommen.

Eingehend besprochen werden das so häufige Zittern, das Verhalten der meist gesteigerten Sehnenphänomene, die so gewöhnliche Irritabilität des Herzens; ferner gewisse weniger konstante Symptome, als: Schwindel, Sprachstörung, epileptische Anfälle, Störungen der Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktion, endlich Komplikationen des Krankheitsbildes durch Symptome, die auf eine anatomische Grundlage hinweisen.

Der Prädisposition, dem Verlauf und der Prognose, der Therapie und der forensischen Seite des Gegenstandes werden besondere Kapitel gewidmet.

Vielfach kommt zur Sprache, dass die an sich schon unglücklichen, viel leidenden, in ihrem Erwerb oft dauernd geschädigten Kranken oft genug noch durch den Verdacht der Simulation oder der Übertreibung schwer gekränkt und benachtheiligt werden. Viele Ärzte berücksichtigen das psychische Moment nicht genügend, nehmen Anstoß an dem Atypischen der Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, dem häufigen Kontrast zwischen subjektiven Klagen und objektivem Befund, dem Gegensatz zwischen erhaltener Einzelleistung und behindertem kombinirten Bewegungsakt, an der Variabilität der Symptome und dem scheinbaren Widerspruch in manchen Erscheinungen; dabei unterschätzen sie den Einfluss der psychischen Erregung auf die Intensität der Symptome. Dass alle diese Verhältnisse an einer Reihe absolut unverdächtiger Fälle erörtert werden, macht die Arbeit besonders verdienstlich. Ref. bedauert, hier auf die Besprechung einer Fülle von interessanten Einzelheiten nicht eingehen zu können; er muss sich damit begnügen, die Lektüre des Buches zu empfehlen, mit dem der Verf. der Gründlichkeit und Objektivität der Schule Westphal's, dem er dasselbe widmet, einen würdigen Denkstein gesetzt hat. **Tuczek (Marburg).**

---

12. P. Soye. La mort par la décapitation.

Paris, Bureau du Progrès médical, 1888.

Nach einer historischen Einleitung über die Todesstrafe durch Enthaupten, in der hauptsächlich die divergirenden Ansichten der Autoren über die Frage berücksichtigt werden, ob Schmerzempfin-

dung und Intellekt noch eine gewisse Zeit nach der Abtrennung des Kopfes in diesem fortdauern, berichtet der Verf. zunächst in 2 Kapiteln (das Verhalten des abgetrennten Kopfes und das des Rumpfes) über seine mit der Guillotine an Hunden ausgeführten Versuche, weiter in 2 eben so eingetheilten Kapiteln über seine Beobachtungen an hingerichteten Menschen. In dem Verhalten von Mensch und Hund konstatirt er nun eine auffällige Differenz; bei diesem treten regelmäßig im Kopf wie im Rumpf Konvulsionen auf, ganz gleich denen der Erstickung, bedingt, wie man annehmen muss, durch den Sauerstoffmangel der Nervencentren, der in der fehlenden Arterialisation und in dem großen Blutverlust aus der Enthauptungswunde seine Ursache hat. Beim Menschen sieht man zunächst weder im Rumpf noch Kopf Bewegungen, die Erscheinungen der Erstickung in Folge der Aufhebung der Athmung und der Hämorrhagie treten hier völlig zurück gegenüber dem Bilde der totalen Hemmung der automatischen und Reflexvorgänge, bedingt durch den mächtigen, auf das Halsmark ausgeübten Shock. Ein gleiches Bild, Hemmung und nicht Erstickung, kommt auch beim Hunde zu Stande, wenn die Durchtrennung nicht im Nacken, sondern an der Hirnbasis stattfindet, so dass der Bulbus verletzt wird. S. schließt daraus, dass der »Noeud vital« beim Menschen nicht, wie beim Hunde, seit Flourens' berühmten Versuchen, auf jenen kleinen Theil des verlängerten Markes zu beschränken ist, sondern dass dem ganzen Halsmark das Vermögen zukommt, auf seine Reizung mit Hemmung der lebenswichtigen Centren zu reagiren. Während beim Rumpf des Menschen nun auch späterhin nie mehr Bewegungen beobachtet werden, kommen dieselben im Kopf bei einzelnen Fällen noch nachträglich nach 1 bis 2 Minuten zu Stande. Die eingetretene Hemmung ist also nicht immer eine permanente, manchmal nur eine zeitweise. Der während dieser Zeit eintretende Blutverlust aus dem Rumpf genügt, um die medullaren Centren abzutödten; hier geht also die Hemmung sofort in den Tod über. Der Blutverlust aus dem Kopfe ist geringer, hier können demnach nach Aufhören des Shocks die medullaren Centren noch nicht ganz abgestorben sein. Diese Bewegungen sind aber nichts, als die letzten Lebensäußerungen der automatischen und Reflexcentren; niemals sind von guten Beobachtern in der Physiognomie des abgetrennten Kopfes Zeichen von Bewusstsein, Zeichen von Schmerz erkannt worden. In Folge des rapiden Sinkens des Blutdrucks muss ja das Aufhören der intellektuellen Funktionen ein sofortiges sein und damit auch die Vernichtung der Persönlichkeit, die für das Gesetz den Tod darstellt, nicht das Aufhören des Herzschlages, der bei Enthaupteten noch eine Stunde lang bestehen kann. Der sofort und ohne Schmerz eintretende Tod und die Unmöglichkeit eines Wiederauflebens geben der Enthauptung den Vorzug vor allen Todesarten, speciell auch vor der neuerdings in Amerika eingeführten Hinrichtung durch die Elektricität.

Strassmann (Berlin).

---

13. Ribaud. Die Behandlung der Verbrennungen durch Schwefelsäure.

(Journ. de méd. de Paris 1888. No. 22.)

Die tiefgreifenden Veränderungen und Zerstörungen, welche die rohe Schwefelsäure auf der menschlichen Haut hervorruft, sind durch die lebhafte Begierde, mit welcher die Säure das Wasser anzieht, bedingt; es sind also die Brandwunden der Schwefelsäure keine Brandwunden im eigentlichen Sinne, vielmehr Deshydratationsprocesse. Die Behandlung frischer Schwefelsäureverbrennungen soll bezwecken, die Säure möglichst zu verdünnen und möglichst früh einzugreifen. R. wendet sich gegen die übliche Anwendung der Alkalien und Applikation von Ölen bei solchen Verbrennungen. Zwar neutralisirt die Anwendung der Magnesia die Säure, aber sie verbindet sich nicht rasch genug mit demjenigen Theile der Schwefelsäure, der in den Rinnen und Spalten der Verletzung sich befindet; außerdem führt die Magnesia der Schwefelsäure kein Wasser zu. Noch schädlicher ist die Behandlung mit Ölen, da ein Wärmegrad dadurch erzeugt wird, welcher der Siedehitze nahesteht. Am zweckmäßigsten ist die Behandlung mit alkalischen Wässern; da aber dieselben nicht immer zeitig und reichlich genug vorhanden sind, so ist die Anwendung großer Mengen frischen Wassers sofort nach dem Unfall das beste und am leichtesten zu beschaffende Mittel. Ein Finger, $2^1/_2$ Minuten in reine Schwefelsäure gehalten und hinterher sofort mit Wasser reichlich abgespült, blieb ohne Brandwunde. Länger als $2^1/_2$ Minuten darf man nicht vergehen lassen, um ohne Brandwunde zu bleiben. **Prior** (Bonn).

Kasuistische Mittheilungen.

14. Mosler. Mittheilungen aus der Greifswalder med. Klinik.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV.)

I. Über Myxödem.

M. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von Myxödem, dessen Entwicklung chronologisch genau verfolgt werden konnte, längere Zeit in der Klinik zu beobachten. Ätiologisch ließ sich das Leiden, das eine 54jährige, vordem ganz gesunde, hereditär nicht belastete Frau betraf, mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine 6 Jahre vorher überstandene Erkältung — ungewohntes kaltes Flussbad — zurückführen. Der Beginn war ein ganz allmählicher; zunächst zeigte sich »Lahmigkeit des linken Daumens, nach einem weiteren viertel Jahre erst folgten Anschwellungen des Handrückens und der Finger der linken Hand, später des linken Armes; nach und nach, innerhalb 1—2 Jahren, erstreckten sie sich über den Rumpf, von da auf den rechten Oberarm, Unterarm, Handrücken und die Finger der rechten Seite; alsdann verbreitete sich die Anschwellung vom Rumpf aus auf die unteren Extremitäten. Anschwellung des Gesichts und der Augenlider trat erst auf, als der Process an den Extremitäten schon einen gewissen Grad erreicht hatte, und erstreckte sich auch auf Nase, Zunge und Gaumen, wodurch eine Behinderung der Sprache eintrat; auch im Larynx zeigte sich eine mäßige Wulstung der Schleimhaut, die Stimme war rauh. Erst nach 5jährigem Bestehen des Leidens gesellten sich Gedächtnisschwäche und andere nervöse Symptome hinzu, welch letztere Verf. mit der 1 Jahr vorher erfolgten Cessatio mensium in Zusammenhang bringt. Die

Haut zeigte gesteigerte Empfindlichkeit auf Druck, es bestanden keinerlei motorische oder sensible Lähmungen, wohl aber vasomotorische, sekretorische und trophische Störungen. Pat. lag für gewöhnlich vollständig apathisch da, ihr Gesicht hatte den bei Myxödem bekannten, hier noch durch Abbildung näher illustrirten stupiden Ausdruck.

Bei der großen Ähnlichkeit des Myxödems mit den schweren Formen von Cachexia strumipriva richtete Verf. in erster Linie sein Augenmerk auf etwaige Veränderungen der Schilddrüse, doch ließ sich eine solche nicht konstatiren; die Palpation der Schilddrüse war durch die sehr verdickte Haut nicht gut auszuführen, abnorme Empfindlichkeit auf Druck bestand nicht. Am vorderen Halse unterhalb des Kinnes befanden sich auffallende Wülste aus gewuchertem Fettgewebe, deren frühzeitiges Vorhandensein M. möglicherweise als ein Initialsymptom bestimmter Veränderungen der Schilddrüse hinstellt. Die Untersuchung eines aus dem Nacken entnommenen Stückes Haut zeigte einen schwachen Grad von Ödem, aber außer einzelnen reichlicheren Zellenanhäufungen in der Adventitia kleiner Arterien an keiner Stelle sonst wirkliche pathologische Veränderungen. Der Urin hatte eine dünne, wässrige Beschaffenheit, enthielt kein Mucin, das sich nach Exstirpation der Schilddrüse bei Affen in den verschiedensten Geweben und Sekreten finden soll.

Ob also in dem vorliegenden Falle ein Zusammenhang des Symptomenkomplexes mit Veränderung der Schilddrüse besteht, ließ sich nicht feststellen: M. weist aber zum Schluss auf die neuesten Untersuchungen von Munk hin, welche den Zusammenhang des Myxödems mit Schilddrüsenerkrankung zweifelhaft gemacht haben.

II. Über Pseudoleukämie als Vorstadium sehr rasch verlaufener Leukämie (Leucaemia acutissima).

M. hat einen Fall von Pseudoleukämie beobachtet, welcher in wirkliche Leukämie übergegangen ist, und im Verlauf von 2 Monaten zum Exitus letalis führte. Bei einem 14jährigen Knaben hatten sich an verschiedenen Orten Drüsentumoren entwickelt, ohne Vergrößerung der Leber und Milz und ohne Veränderungen des Blutes. Parenchymatöse Injektionen von Solutio arsenicalis Fowleri führten einen Stillstand des Processes für 16 Tage herbei; dann aber, da dieselben ausgesetzt werden mussten, trat unter heftigem Fieber eine rapide Entwicklung der Lymphdrüsen in den verschiedensten Körperregionen auf, gleichzeitig rasch zunehmende Milz- und Lebervergrößerung und hochgradige Vermehrung der weißen Blutkörperchen. M. führt die rapide Entwicklung des leukämischen Processes darauf zurück, dass die lymphatischen Organe schon vorher erkrankt waren und kommt auf Grund der vorliegenden Beobachtung zu der Ansicht, dass ein so genereller Unterschied zwischen Pseudoleukämie und Leukämie, wie man bisher angenommen hat, nicht besteht. **Markwald** (Gießen).

15. A. Weichselbaum. Über seltenere Lokalisationen des pneumonischen Virus (Diplococcus pneumoniae).

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 28—32.)

In einer experimentellen, an die Sektionsbefunde sich anschließenden Studie macht Verf. es mehr als wahrscheinlich, dass der Fraenkel'sche Pneumoniecoccus als Krankheitserreger in folgenden Fällen anzusehen war: 3 Fälle von Meningitis cerebro-spinalis ohne Komplikationen, 1 Hydrocephalus int. acutus und Meningitis cerebralis, 1 Endocarditis ulcerosa der Aortenklappen mit Embolie der rechten A. fossae Sylvii und umschriebener Meningo-Encephalitis (ältere Pneumonie); ferner Fälle von primärer Pleuritis, Peritonitis und Endometritis, Endocarditis und eitriger Gelenkentzündung. Für die Fälle von primärer Meningitis cerebro-spinalis resp. die primäre Meningo-Encephalitis erhärtet Verf. die Wahrscheinlichkeit, dass dieselben ihre Entstehung den in der Paukenhöhle und in den Nebenhöhlen der Nase (Kieferhöhlen, Siebbeinlabyrinth) vorgefundenen Veränderungen verdanken; auch hier nämlich wies er im Exsudat den Diplococcus pneum. nach (Leyden, Weigert, Zaufal). Nach ihm ist neben den Eiterkokken der Diplococcus pneumoniae einer der häufigsten und gefährlichsten Krankheitserreger. Die Entzündungen, welche derselbe in den verschiedensten Geweben und Organen verur-

sacht, sind dadurch charakterisirt, dass sie im Anfang oder bei geringer Intensität des Processes ein seröses, im Höhestadium ein vorwiegend fibrinöses oder fibrinreiches Exsudat liefern, das im vorgerückten Stadium einen eitrigen Charakter annehmen kann. Somit würde der Fränkel'sche Pneumoniecoccus in der Mitte zwischen dem Streptococcus pyogenes und dem Staphylococcus pyog. aureus stehen. Mit einem Rückblick auf seine Fälle sagt Verf.: der Diplococcus pneum. kann außer der Pneumonie verschiedene andere Entzündungsprocesse erzeugen; die Pneumonie selbst kann durch verschiedene Organismen (z. B. auch den Friedländer'schen Pneumoniecoccus) verursacht werden. Eben so wenig wie die Pneumonie stellt die Meningitis cerebro spin. eine ätiologische Einheit dar; denn scheint auch in der Mehrzahl der sog. idiopathischen Cerebrospinalmeningitiden der Fraenkel'sche Pneumoniecoccus die Ursache der Erkrankung zu sein, so sind doch in anderen Fällen noch der Diplococcus mening. intracellularis (Weichselbaum, Goldschmidt) und in einem Falle von eitriger Meningitis ein unbenannter Bacillus (von Neumann und Schäffer) als Krankheitserreger gefunden. Von der epidemischen Cerebrospinalmeningitis ist, da dieselbe öfter mit Pneumonie auftritt, anzunehmen, dass sie einestheils vom Diplococcus pneum., anderentheils von einer noch unbekannten Bakterienart möglicherweise verursacht wird. **Rosenik** (Berlin).

16. J. Thomson. Case of acute phthisis with large cavities in an infant nursed by a phthisical mother.

(Edinb. med. journ. 1888. Oktober.)

Bei einem 9monatlichen Knaben, welcher von einer phthisischen Mutter stammte und mit Brechdurchfall erkrankte, untersuchte Verf. auch die Lungen und fand dieselben völlig normal. Das Kind erholte sich zunächst; doch wurde Verf. 5 Wochen später nochmals zu Rathe gezogen, da es viel huste und abzumagern anfange. Er fand jetzt Kurzathmigkeit, Infiltration der rechten Lungenspitze mit starkem Bronchialathmen und reichlichem Rasseln; an der linken Lunge war noch nichts Krankhaftes nachzuweisen. Nach weiteren 10 Tagen waren bereits deutlich kavernöse Symptome über den zuerst infiltrirten Partien zu konstatiren, die Kurzathmigkeit war stärker geworden, es bestand hohes Fieber. Nach wenigen Tagen starb der kleine Kranke. Bei der Sektion fand man ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen, in jedem Stadium, bis zur Bildung großer Kavernen, besonders in der rechten, etwas weniger ausgeprägt in der linken Lunge; die Bronchialdrüsen stark vergrößert, käsig; frische pleuritische Auflagerungen. Tuberkulose der Leber. Die übrigen Organe, speciell der Darmkanal, waren gesund. Die Mutter des Kleinen war, wie oben erwähnt, tuberkulös und stammte aus einer Familie, in welcher zahlreiche Mitglieder bereits an Phthise gestorben waren. Sie hatte den Pat. $6^1/_2$ Monate lang selbst gestillt, war kurz darauf (an Tuberkulose der Lungen) gestorben. Eine tuberkulöse Affektion der Brustwarzen (resp. Brustdrüsen) hatte sie nicht gehabt; dagegen hatte sie, was ihrer Umgebung aufgefallen und von dieser mehrfach monirt war, dem Kinde oft »gerade ins Gesicht« gehustet.

Verf. hält es für das wahrscheinlichste, dass durch diesen Vorgang eine Infektion des Kindes stattgefunden hatte, und dass dieselbe durch die Respirationsorgane erfolgt war. Dafür spreche die außerordentliche Intensität der Lungenerkrankung, deren rapider Verlauf außerdem bemerkenswerth sei und das Freibleiben der übrigen Organe (mit Ausnahme der Leber). Nach seiner Entwöhnung war das Kind mit Kuhmilch aufgezogen; diese sei jedenfalls unschuldig an der Erkrankung gewesen, weil sich sonst ohne Zweifel Tuberkulose des Darmes gefunden hätte.

Die Eventualität einer direkten Vererbung der Tuberkulose erörtert Verf. gar nicht. **Küssner** (Halle).

17. Lannois. Sur la langue noire.

(Annales des malad. de l'oreille du larynx etc. 1888. November.)

Der Verf. kommt auf Grund der Beobachtung dreier einschlägiger Fälle zu der Ansicht, dass die sogenannte schwarze Zunge der Ausdruck langer, papillärer, hellbraun oder schwarz gefärbter, eine Hypertrophie der normalen Papillen darstellen-

der Fäden ist. Diese mit einem holzartig verhärteten Epithel bekleideten Fäden sind von einer in großer Masse Sporen beherbergenden Scheide umgeben. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich also nicht, wie ein Theil der Autoren, die über den Gegenstand geschrieben haben, annimmt, um eine trophische Störung, in deren Gefolge die Schwarzfärbung eintritt, sondern man hat es mit einer rein lokalen, durch die Anwesenheit eines noch zu bestimmenden, pigmentbildenden Mikroben (? Ref.) bedingten Erkrankung zu thun. Die Erkrankung, welche klinisch keinerlei Erscheinungen macht, wird meist nur zufällig entdeckt und bedarf keiner besonderen Therapie. Die letztere muss, wenn eine Beseitigung der schwarzen Stellen gewünscht wird, eine mechanische sein und in der Abschabung der erkrankten Papillen bestehen. Der Eingriff ist schmerzhaft. Eine Verwechslung mit anderen, zu Pigmentirung der Mundschleimhaut führenden Zuständen dürfte kaum möglich sein. **E. Fraenkel** (Hamburg).

18. **Marty.** Quelques considérations sur les hypertrophies des cordes vocales supérieures en forme de polypes ou de tumeurs.

(Annales des malad. de l'oreille du larynx etc. 1888. November.)

Mittheilung eines einen 32jährigen Phthisiker betreffenden Falles, an dessen rechtem Taschenband sich ein polypös gestielter Tumor fand, der vom Verf. nach vergeblichen Versuchen, ihn mittels der schneidenden Pincette zu entfernen, galvanokaustisch zerstört wurde. Unter Hinweis auf die Seltenheit derartiger Vorkommnisse und Berufung auf einige Autoren, welche ähnliche Beobachtungen publicirt haben, erklärt Verf. diese Befunde als polypoide, durch eine Verdickung sämmtlicher Schleimhautschichten bedingte Hypertrophien, welche sich als Folgezustände einer chronischen Laryngitis oder auf syphilitischer und tuberkulöser Basis entwickeln können. Diese als Tumoren imponirenden Verdickungen sollen sich durch große Härte auszeichnen. Die klinischen Erscheinungen hängen von der Art des Sitzes (breite Basis oder Stielbildung) und von der Größe, welche die Verdickungen erreichen, ab und können so zu Hustenanfällen Anlass geben oder die Athmung genieren. Die Diagnose bietet keine Schwierigkeiten, die Therapie hat die Entfernung der Geschwülste anzustreben. (Es wird jedenfalls weiter zu untersuchen sein, ob die nach den Angaben des Verf. durch so heterogene Krankheitszustände, wie chronischer Kehlkopfkatarrh, Syphilis, Tuberkulose, an den bezeichneten Stellen erzeugten Tumoren auch histologisch gleichwerthig sind. Ref.) **E. Fraenkel** (Hamburg).

19. **W. Buschujew.** Kalomel bei Wassersuchten und Höhlenausschwitzungen. (Aus der therapeut. Klinik von Prof. Koschlakow.)

Dissertation, Petersburg, 1888.

Der Werth dieser Arbeit liegt in den 31 Beobachtungen, welche eine specielle Lektüre verdienen. 8 Herz-, 6 Nieren-, 5 Leber-, 1 kachektische Wassersucht, 1 Pericarditis, 2 Pleuritiden, 3 chronische Peritonitiden bilden das Material, an dem Verf. seine Versuche machte. »Die Begeisterung für das Kalomel als Diureticum wird bald nachlassen und es auf den bescheidenen Platz zurückkehren, den es in dieser Eigenschaft auch früher besaß.« Selbst bei den Herzkranken, bei welchen Verf. es am meisten empfiehlt, sagt er: »zu theuer erkaufen sie den günstigen Einfluss«. Bei Nierenwassersuchten hatte er auch leidliche Resultate, bei den übrigen war die Wirkung äußerst capriciös. Kalomel soll nur da versucht werden, wo alle anderen Diuretica im Stiche lassen. Selbst wo eine günstige Wirkung erzielt wird, findet sie sich oft aufgehoben durch die niemals sicher zu vermeidenden Vergiftungserscheinungen. Denn die Wirkung ist eine solche. Sie ist dem Speichelfluss an die Seite zu setzen und als eine specifische auf das Drüsengewebe der Niere anzusehen. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

20. **L. Goldstein.** Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Großhirns.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1888. No. 21 u. 22.)

A. Zwei Fälle von Aphasie nach Schädel- und Hirnverletzung.

1) 23jährige Fabrikarbeiterin; im November 1887 komplicirte Fraktur des linken Schläfen- und Scheitelbeins. Nach Entfernung der Fragmente 5markstück-

großer Defekt, Hämatom der Dura, das incidirt wurde; Hervorquellen von Hirnmasse aus der Wunde, so dass etwa 2 Theelöffel voll abgetragen werden mussten. Vollständige Aphasie; rechtsseitige Facialisparese besonders der unteren und mittleren Zweige. Allmähliche Besserung; nach etwa 4 Wochen war Pat. wieder im vollen Besitze ihrer Sprache, die Facialisparese war schon früher geschwunden. Im Mai 1888 war der Schädeldefekt durch eine ziemlich feste Membran völlig verdeckt, unter welcher das Gehirn deutlich pulsirte; Pat. gab an, nicht in Schlaf kommen zu können, wenn sie sich auf die linke Seite lege, zeigte auch ein gelindes Schwanken bei geschlossenen Augen, wurde beim Arbeiten in der Fabrik leicht schwindelig, konnte den Buchstaben s nicht aussprechen und hatte beim raschen Sprechen ein Steifigkeitsgefühl in der Zunge. Amblyopie 17/70 beiderseits mit koncentrischer Gesichtsfeldeinengung, besonders nach oben; rechte Pupille etwas weiter und von trägerer Reaktion. Die letzte Untersuchung (11. September 1888) ergab das peripherische Gesichtsfeld der linken Seite auffällig mehr eingeschränkt als das der rechten.

2) 31jähriger Anstreicher wurde am 5. Februar 1883 mit einem eisernen Ringe gegen die linke Kopfseite geschlagen; vorübergehend bewusstlos, erholte sich aber bald wieder. Nach 5 Tagen trat plötzlich Sprachlosigkeit ein; hohes Fieber (40,0), Wunde phlegmonös. Nach Entfernung eines markstückgroßen tief eingetriebenen Knochenstückes an der Schläfengegend, dicht über dem Jochbogen, bemerkte man in der Dura ein stecknadelkopfgroßes Loch; bei Spaltung der Dura von diesem Loch aus drängte sich Gehirnbrei und Blutgerinnsel vor, kein eigentlicher Eiter. Etwas Parese des linken Facialis, Sprachlosigkeit; am 12. ein eklamptischer Anfall. Am 15. konnte Pat. wieder »ja« und »nein« sagen; den 6. März hatte derselbe die Sprache wiedererlangt; das vorgefallene Gehirn überzog sich mit Granulationen, retrahirte sich mehr und mehr und bildete Anfangs April eine ebene, gut heilende Fläche. Nach dem vom Kranken selbst erstatteten Bericht hatte es sich um eine motorische Aphasie gehandelt; eine leichte Verlangsamung der Sprache und etwas Vergesslichkeit waren zurückgeblieben. Augenbefund normal.

B. Ein Fall von operirtem Hirnabscess.

33jähriger Mann, hatte seit längerer Zeit an rasenden Kopfschmerzen gelitten; Pulsverlangsamung auf 40—32, Sprache langsam, schleppend, absatzweise; Sensorium frei. Die Kopfschmerzen rechtsseitig, durch Druck an einzelnen Punkten verstärkt, besonders an der den motorischen Centren entsprechenden Stelle. Parese des linken Armes und Beines; doppelseitige Stauungspapille, rechtsseitige Mydriasis Kein Fieber. G. nahm einen raumbeschränkenden Process von nicht festzustellender Natur in der rechten Gehirnhälfte, wahrscheinlich in deren Peripherie, an und proponirte die Trepanation an der Stelle des größten Druckschmerzes. Die Operation wurde am nächsten Tage (20. Januar) gemacht. Nach Incision der Dura quoll eine grünlichgelbe Masse (zerfallene Hirnsubstanz mit Eiter) hervor; diese wurde entfernt, die Öffnung bis auf etwa 5 cm Durchmesser erweitert, worauf eine Menge normal aussehenden Hirns vorgepresst wurde. Geringe Blutung; Sublimatverband. Die Untersuchung der vorgefallenen und entfernten Masse ergab Eiterkörperchen, zerfallenes Hirngewebe und Mastzellen. Der Puls stieg nach der Operation auf 72; in der Nacht große Unruhe, Delirien. Am folgenden Tage Nachlass der Paralyse; seitdem stetig fortschreitende Besserung, der Prolaps überzog sich mit dichten Granulationen. 2 Monate nach der Operation konnte Pat. den ganzen Tag umhergehen, sein Allgemeinbefinden war vortrefflich; an dem Prolaps traten aber Veränderungen ein, erst cystenartige Hervorragung, Absonderung brauner Flüssigkeit, dann Abstoßung zerfallener Gehirnmasse. Am 12. April Zuckungen im linken Mundwinkel, später auch im Unterkiefer (Facialiscentrum?). Es wurde desshalb die erwähnte Vorbuchtung incidirt, aus welcher zerfallenes Hirngewebe und viel seröse Flüssigkeit abfloss. Am 23. April wiederholten sich die Zuckungen, auch im linken Arm und Bein; am 7. Mai plötzlich Fieber, zunehmende Prostration. Der brandige Zerfall des Prolapses wurde auch durch Abtragung eines großen Theils desselben nicht sistirt; linksseitige Parese kehrte wieder, Zuckungen rechts, Conjugation déviée beider Augen nach links. Tod am 13. Mai, fast 4 Monate nach der ersten Operation. Die Sektion ergab eine im Wesentlichen auf die äußere

Hälfte der Centralwindungen rechts beschränkte Zerstörung; die hintere Begrenzung der Fossa Sylvii weich, bildete die vordere Grenze eines mit pyogener Membran ausgekleideten apfelgroßen Abscesses, dessen Kommunikation mit dem großen eröffneten Abscess nicht mehr nachgewiesen werden konnte. In den Seitenventrikeln rechts Eiterdurchbruch von der Oberfläche her. Links im Verlaufe der Fossa Sylvii eitrige Infiltration der Pia. Für die Ätiologie des Hirnabscesses erschien eine spätere anamnestische Angabe von Wichtigkeit, wonach Pat. im Jahre 1886 einen taubeneigroßen Knoten im Nacken gehabt haben sollte, der auf Einreibungen von Ung. cin. zurückgegangen sei (Karbunkel?). Als Todesursache war der große Prolaps zu betrachten, resp. die in demselben entstehenden Eiterherde, die zu meningitischen und encephalitischen Erscheinungen Veranlassung gaben.

Eulenburg (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

21. **V. Gilbert.** Étude sur les diverses médications de la tuberculose pulmonaire et en particulier sur le traitement par les inhalations d'acide fluorhydrique.

Genève, 1889.

Im ersten Theil seines Buches lässt Verf. die ganze Fülle der modernen diätetischen und medikamentösen Behandlungsmethoden der Phthisis Revue passiren und fügt bei einer Reihe derselben seine eigenen, im Genfer Kantonspital gesammelten, Erfahrungen an. Nachdem man hierbei an G. diejenige Objektivität des Urtheils und Genauigkeit der Beobachtung kennen gelernt hat, welche bei Prüfung neuer gegen die Tuberkulose empfohlener Mittel häufig genug vermisst wird, wagt man sich mit leichterem Herzen an den zweiten Theil der Arbeit, welcher Untersuchungen über die Anwendung des Fluorwasserstoffgases in der Phthisistherapie giebt. Die Inhalation fand in einem zu diesem Zweck erbauten Kabinett statt (von 6 cbm Inhalt); die Luft wurde von außen hineingepumpt und musste, bevor sie sich in jenem vertheilte, einen mit 45%iger Fluorwasserstoffsäure und Wasser zu gleichen Theilen gefüllten Ballon durchstreichen. In der einzelnen Sitzung, welche 1/2—1 Stunde dauerte und bei demselben Kranken 20—150mal stattfand, kamen im Allgemeinen 30—35 Liter mit der Säure beladener Luft (pro Kubikmeter der Kabine) zur Verwendung. Von 30 Kranken wurden 19 gebessert, bei 3 blieben die Erscheinungen unverändert, bei 3 verschlimmerten sie sich, 5 starben. Nicht günstig beeinflusst wurden Fälle mit kontinuirlichem Fieber und mit Kavernen; die Frauen schienen die Inhalationen weniger gut zu vertragen, als die Männer. Die physikalischen Erscheinungen der Phthisis blieben im Wesentlichen unverändert, der Tuberkelbacillus wurde nicht getödtet (wie zu erwarten war [Ref.]). Hingegen war die schnelle Steigerung des Appetits und dem entsprechend des Körpergewichts (bis um 14,7 kg!) sehr bemerkenswerth; auch die Schweiße wurden günstig beeinflusst, weniger regelmäßig die Athemnoth und der Husten. Die Inhalation war im Allgemeinen frei von Unannehmlichkeiten; in 2 Fällen kam es durch Schuld der Kranken zu Vergiftungserscheinungen, welche 24 Stunden andauerten: allgemeine Schwäche, Übelkeit, wässriges Erbrechen, Stirnkopfschmerz, Schwindel, Schwere des Kopfes, Ohrensaußen, Gesichtsstörungen, Trockenheit der Lippen und des Mundes, Gefühl des Brennens im Munde, Ösophagus und Epigastrium, Kolik, Diarrhoen.

G. kommt zu dem Schluss, dass im Vergleich mit anderen Mitteln die Fluorwasserstoffsäure am schnellsten und häufigsten eine Besserung in den Symptomen der Phthisis herbeiführe. **H. Neumann** (Berlin).

22. **J. Gottstein.** Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffektionen.

(Sep.-Abdr. aus dem Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten.)

Leipzig u. Wien, **F. Deuticke,** 1888.

Verf. hat sich ein Verdienst erworben, dass er aus seinem Lehrbuch (cf. dieses Centralblatt 1888 No. 18) dieses Kapitel herausgriff, um es selbständig erscheinen

zu lassen. Ein derartiger Überblick über die mit den Erkrankungen des Centralnervensystems verknüpften Kehlkopfaffektionen hat bisher in der sonst so reichen Litteratur gefehlt und daher muss diese Schrift entschieden als eine Bereicherung für die Neuropathologie betrachtet werden.

Nach einer kurzen anatomischen Besprechung der Lokalisation der Kehlkopffunktionen schildert Verf. in 2 Kapiteln die Larynxaffektionen bei cerebralen und bei spinalen Erkrankungen. Im ersten Abschnitt hat er den mit der Bulbärparalyse, im zweiten den mit der Tabes komplicirten laryngealen Symptomen besondere Sorgfalt zugewendet. Eine Anzahl interessanter kasuistischer Beiträge, so wie die fast durchweg genaue Litteraturangabe erhöht den Werth des Werkes, das wir angelegentlichst zum Studium empfehlen können. **A. Neisser** (Berlin).

23. **R. v. Krafft-Ebing.** Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.
Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1889.

Die Arbeit K.'s fasst eine Reihe hypnotischer Experimente zusammen, die in methodischer Weise an einer Pat. vorgenommen wurden, und bei denen eine gleich genaue Berücksichtigung der psychischen und somatischen Symptome stattfand. Die Versuchsperson K.'s ist eine hystero-epileptische, rechts hemianästhetische weibliche Person von 30 Jahren, die mit konträrer Sexualempfindung behaftet ist. Die hypnotische Empfänglichkeit ist sehr groß: Kontrakturen und Lähmungen, positive und negative Sinnestäuschungen werden hypnotisch und posthypnotisch hervorgerufen; eben so sind Persönlichkeitsänderungen, so wie Zurückversetzung in frühere Lebensperioden durch Suggestion zu erreichen. Dass unter diesen Umständen Kopfweh, Dyspepsie, Schlaflosigkeit, Taedium vitae per suggestionem bekämpft, hysterische Anfälle koupirt werden, kann nicht überraschen; eben so wenig die suggestive Beseitigung von Kolik und Diarrhoe, resp. ein anderes Mal die von Obstipation. Auffallender ist, dass die Versuchsperson trotz Einnehmens von 2 Esslöffel Ricinusöl, auf entsprechenden Befehl hin erst nach 48 Stunden Stuhlgang, und zwar geformten, hatte. Dass die Pat. auf Ricinusöl sonst nicht reagirte, ist nicht angegeben. Interessant ist ferner die Genauigkeit, mit der suggerirte Körpertemperaturen von 36,0, 37,0, 38,0 und 38,5 erzeugt wurden. Es muss danach der Organismus jener Person für das Thermometer ein unbewusstes Schätzungsvermögen haben, das fast eben so räthselhaft ist, wie die suggestiv erzeugten organischen Veränderungen. Dieselben wurden mehrfach konstatirt und bestanden besonders in Loslösung resp. Nekrose der Epidermis. Abgesehen von sonstigen Vorsichtsmaßregeln erklärte Lipp, Prof. der Dermatologie, bei einem derartigen Versuche, dass die organischen Veränderungen der Haut weder durch mechanische noch durch chemische Mittel hervorgebracht werden könnten.

Die Magnetwirkung, die sich als Kontraktur zeigte, ist nach K. lediglich psychischen Ursprungs.

Eine schädliche Einwirkung der Hypnose konnte K. nicht finden. K. schließt aus diesen und besonders aus anderen Beobachtungen, dass die hypnotische Suggestion eine werthvolle Bereicherung der Therapie der funktionellen Nervenkrankheiten ist.

Es wäre in hohem Grade wünschenswerth, dass K. auch seine sonstigen Erfahrungen über die therapeutische Verwerthung der Hypnose mittheilte, da die Stimme einer solchen Autorität mehr zur Aufklärung beiträgt, als die kritiklosen Berichte mancher Experimentatoren. **A. Moll** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 20. April.** **1889.**

1. **Hertig** (London). Zur Lehre von der Blutgerinnung.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 32. p. 1000.)

Die Mittheilung H.'s bezieht sich auf die Lehre von der Blutgerinnung, welche augenblicklich in englischen Kreisen lebhaft ventilirt wird. Vor 2 Jahren etwa theilte Woolridge mit, dass es ihm gelungen sei, aus verschiedenen thierischen Geweben, besonders aus dem Hoden und Thymus junger Thiere eine Substanz darzustellen, die selbst in sehr kleiner Quantität in den Kreislauf von Thieren gebracht, daselbst sofort intravasculäre Gerinnung des gesammten Blutes bewirke und die Thiere rasch tödte. E. Freund hatte vordem ähnliche Beobachtungen gefunden. Woolridge fand weiterhin, dass diese Substanz fertig in den Lymphdrüsen gebildet vorhanden sei, aus denen sie durch Extraktion und Auspressen mit

0,6%iger Kochsalzlösung gewonnen werden konnte, und auch im Stroma der rothen Blutkörperchen. Diese Substanz zeigte alle Reaktionen der Eiweißkörper, enthielt jedoch kein Ferment im Sinne Schmidt's; dagegen fand Woolridge Phosphor in ihr, was er auf das Vorhandensein von Lecithin zurückführte. Auf diese Untersuchungen baute Woolridge folgende Theorie der Gerinnung auf: »Die Gerinnung des Blutes ist eine Art Krystallisationsprocess, wobei drei Bestandtheile des Blutplasma, die A-, B- und C-Fibrinogen genannt werden, in Betracht kommen. Das A- und B-Fibrinogen sind Verbindungen von Lecithin mit einem Eiweißkörper. Die aus dem Thymus etc. darzustellende coagulirende Substanz ist so zu sagen das A-Fibrinogen, das aus mit Pepton versetztem Blutplasma bei Abkühlung in Form rundlicher Körper herausfällt, die ganz an die von Bizzozero entdeckten Blutplättchen erinnern. Die Fibrinbildung kommt durch die Einwirkung des Lecithins des A-Fibrinogens auf das B-Fibrinogen zu Stande, wobei die weißen Blutkörperchen und das Fibrinferment Schmidt's nur eine sekundäre Rolle bei der Gerinnung spielen, indem das letztere nur das C-Fibrinogen in Fibrin umwandelt. Es hat nun vor Kurzem W. D. Halliburton (London) gezeigt, dass diese Theorie Woolridge's unhaltbar ist. Halliburton konnte zunächst aus den Lymphdrüsen einen wässrigen Extrakt darstellen, von dem schon einige Tropfen genügen, um durch Salzlösungen verdünntes Blutplasma in einigen Augenblicken zum Gerinnen zu bringen, somit eine Substanz, die sich ganz genau wie A. Schmidt's Ferment verhält. Sonst zeigt diese Substanz ganz die Eigenschaften eines Globulins; sie erhält daher den Namen Zellglobulin zum Unterschiede von dem Plasmaglobulin der nicht gerinnbaren Hydrocelenflüssigkeit und dem Serumglobulin des Blutserum, welches eigentlich aus Plasmaglobulin und Zellglobulin besteht. Das Serum gerinnt, da sowohl das intakte Plasmaglobulin als auch das bei der Gerinnung aktive Zellglobulin, das in den weißen Blutkörperchen, den Abkömmlingen der Lymphzellen, enthalten ist, sich in demselbem vorfinden. Die Ursache der Gerinnung liegt nach H. in dem Zerfall der weißen Blutkörperchen, wodurch das Zellglobulin frei wird, das wie ein Ferment wirkt und die im Blute vorhandene fibrinbildende Substanz in Fibrin umwandelt, ohne selbst einen Bestandtheil des so gebildeten Fibrin zu bilden. Halliburton glaubt, die Ansicht Woolridge's, dass das Lecithin die Gerinnung hervorrufe, sei unhaltbar, da dieses nie reines Plasma nur das durch Pepton flüssig erhaltene Blutplasma zur Gerinnung bringt; der von Woolridge beschriebene den Blutplättchen ähnliche Niederschlag lässt sich bei gewöhnlichen wässrigen Peptonlösungen (Witte's Pepton) auch konstatiren und hat also mit dem Blute nichts zu thun; weiterhin findet Halliburton die aus dem Thymus etc. extrahirten Fibrinogene Woolridge's nicht lecithinhaltig und wahrscheinlich zu der Hammarsten'schen Nucleoalbumingruppe von Eiweißkörpern gehörend. Das Nucleoalbumin, das sich

auch in der Lymphzelle findet, giebt aber im Wasser einen fadenziehenden, an Mucin erinnernden Niederschlag; hieraus erklärt sich Halliburton, dass die von Woolridge beschriebene intravasculäre Gerinnung und allgemeine Thrombosirung der Gefäße dadurch zu Stande kam, dass die eingespritzten Lösungen nucleoalbuminhaltig waren und in den Blutgefäßen ein schleimiges fadenziehendes Präcipitat bildeten, das als Fremdkörper mechanisch zur ausgedehnten Gerinnung führte. **Prior** (Bonn).

---

2. Ed. Krauss. Beiträge zur Muskelpathologie, histiologische und chemische Untersuchungen nach Tenotomie und Neurotomie. (Aus dem physiol. Institut der Universität Breslau.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIII. p. 315.)

Um zu ergründen, ob die Anregung der inneren Muskelthätigkeit, wie sie einerseits durch den »chemischen Tonus« (Röhrig und Zuntz) beständig statthat, andererseits bei dem durch Muskelkontraktion hervorgerufenen physikalischen Tonus auftritt (Heidenhain), sich sichtbar in der Struktur der Muskelelemente und in ihrem Stoffumsatz kundzugeben vermag, nahm K. eingehende histologische und chemische Untersuchungen an Muskeln vor, die er einmal dem Einfluss des chemischen Tonus durch Trennung des motorischen Nerven, das andere Mal dem physikalischen Tonus durch Lösung der zugehörigen Sehne entzogen hatte. Als chemisches Maß für den Stoffumsatz wählte er den Glykogengehalt des Muskels, weil jener Körper allgemein als eines der Arbeitsmaterialien des Muskels anerkannt ist.

A. Die histologischen Untersuchungen, am Gastrocnemius von 25 Kaninchen vom 3.—210. Tage nach Durchschneidung der Achillessehne, resp. vom 5.—84. Tage nach der Neurotomie des Ischiadicus ausgeführt, unter steter Kontrolle an Präparaten von der gesunden Seite ergaben:

I. Nach der Tenotomie lässt sich eine in den einzelnen Fällen etwas schwankende, aber im Allgemeinen in der ersten Zeit progressiv zunehmende Atrophie im tenotomirten Muskel konstatiren. Die Gewichtsabnahme des Muskels, welche in den ersten 8 Tagen 13,2% betrug, erreichte nach 80 Tagen ihr Maximum mit 51,4%, betrug nach 210 Tagen noch 42,0%. Die histiologischen Veränderungen in der Sehne bestanden einmal in einer Zunahme der Sehnenzellen, an welchen mehrfach Kerntheilungsfiguren beobachtet wurden, sodann in einer Zunahme des fibrillären Gewebes. Im Muskel zeigte sich eine Zunahme der Kerne im interstitiellen Gewebe und der Bindegewebsfibrillen, Auftreten oft reichlichen Fettgewebes, Verschmälerung der Muskelfasern in verschiedenem Grade, mehr oder weniger reichliche Vermehrung der Kerne; und zwar war die Erkrankung am ausgesprochensten in der Nähe der Sehne, so wie im äußeren Muskelmantel, während das proximale Ende des Muskels und seine central gelegenen mittleren Partien mehrfach intakt gefunden wurden.

Verf. sieht diese Veränderungen an als den Ausdruck einer primären, von der durchschnittenen Sehne aus sich fortpflanzenden subakuten und chronischen Entzündung des interstitiellen Bindegewebes, welches sekundär zur Atrophie und lokal durch Reizung ebenfalls zur Wucherung der Sarcoglia, d. h. des Muskelprotoplasma mit seinen Kernen im Inneren des Sarcolemmaschlauches führt. Daneben möge auch der durch die Entspannung bedingte Funktionsausfall mit zur Atrophie beitragen.

II. Nach der Neurotomie trat eine an Intensität sehr schwankende Atrophie ein, derart, dass nach 16 Tagen in dem einen Falle eine Gewichtsabnahme von 16%, in einem anderen Falle eine solche von mehr als 50% vorhanden war. Die histiologischen Veränderungen, deren Ergebnis dem der zahlreichen Autoren über diesen Gegenstand entsprach, zeigten sich als Verschmälerung der Muskelfasern, Vermehrung der Muskelkerne und als Zunahme des interstitiellen Gewebes (der Fibrillen und Kerne), wobei alle Abschnitte des Muskels annähernd gleichmäßig betroffen waren. Verf. schließt, dass nach der Neurotomie die primäre Veränderung in einer Wucherung der Sarcoglia besteht, wodurch die Fibrillen komprimirt und zur Atrophie gebracht werden. Da weiterhin die Muskelschläuche atrophiren, wuchere das zur Ausfüllung stets bereite Bindefettgewebe.

B. Die chemischen Untersuchungen am Gastrocnemius bezw. an der Unterschenkelmuskulatur von 37 Kaninchen, von der 2. Stunde bis zum 124. Tage nach Durchschneidung der Achillessehne in 21 Fällen, vom 2.—51. Tage nach der Durchtrennung des Nerven in 16 Fällen, ergaben im Vergleich mit dem Muskel der gesunden Seite, dass nach Neurotomie eben so wenig wie nach Tenotomie der Stoffwechsel im Muskel hinsichtlich des Glykogens wesentlich gestört sein kann.

Da ohne Zufuhr von Kohlehydraten die im Muskel gefundenen minimalen Glykogenmengen sich der quantitativen Analyse entziehen, steigerte K. in seinen Versuchen künstlich den Glykogengehalt durch innere Darreichung von 15—30 g Zucker 1—3 Tage vor Tödtung des Thieres, und begründet die Zulässigkeit dieses Verfahrens völlig ausreichend damit, dass es ihm nur auf die Erlangung relativer Werthe ankam und dass, wenn auch der kranke Muskel innerhalb gewisser Grenzen die gleiche Fähigkeit Glykogen zu zersetzen besitzt, wie der normale Muskel, bei überreicher Zufuhr glykogenbildender Substanz eine Störung dieses Vermögens sich ausprägen muss.

Zur Erklärung seines von dem Nasse'chen Gesetze bezüglich des Glykogenverbrauches im Muskel abweichenden Ergebnisses führt K. an, dass bei Neurotomie der Muskel gewöhnlich venöse Hyperämie, bei Tenotomie Anämie zeigt, in beiden Fällen also eine verminderte Zufuhr glykogenbildender Substanz zum afficirten Muskel wahrscheinlich sei.

Indem Verf. am Schluss seiner Arbeit das gewonnene Resultat übersieht, bescheidet er sich dahin, nur hinsichtlich der Neurotomie das sich gesteckte Ziel erreicht zu haben, d. h. den Einfluss, den die Nerven auf die Ernährung und den Stoffwechsel ausüben, zu beseitigen, dass es ihm aber nicht gelang, die andere Bedingung zu erfüllen, eine alleinige unkomplicirte physiologische Entspannung des Muskels herbeizuführen. Denn hierbei machten sich ja, außer der Entspannung, der dem gesetzten Trauma folgende Entzündungsprocess an Sehne und Muskel geltend, so dass von einem physiologischen Vergleich dieser beiden Einflüsse auf Struktur und Stoffwechsel des Muskels Abstand genommen werden muss, so lange es nicht gelingt, einen Muskel ohne Komplikationen zu entspannen.

G. Sticker (Köln).

---

3. G. v. Hofmann-Wellenhof. Enthält die Exspirationsluft gesunder Menschen ein flüchtiges Gift? (Aus dem hygien. Universitäts-Institute zu Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 37. p. 753.)

Diese Frage beantwortet Verf. im entgegengesetzten Sinne als Seegen und Nowak, Brown-Séquard und d'Arsonval, indem er sie

nach seinen mit Herman's und Forster's, Dastre's und Loye's Beobachtungen übereinstimmenden Forschungsresultaten verneint. Er experimentirte so, dass er mit Hilfe eines eigens konstruirten Apparates die Exspirationsluft gesunder Menschen und aus dieser das Kondensationswasser gewann; letzteres, auf Bakterien untersucht und auf Körpertemperatur erwärmt, benutzte er zu Injektionen unter die Bauch- und Thoraxhaut von Meerschweinchen und Kaninchen und ließ bei einem Kaninchen selbst 20 ccm des Kondensationswassers in die Vena jugul. centralis langsam einfließen. Die Thiere zeigten nie eine Alteration ihres Befindens. Verf. kühlte darauf nach dem Verfahren Brown-Séquard's und d'Arsonval's das Kondensationswasser auf 12° C. ab, ließ es in die Vena jugul. einfließen und sah dann allerdings Depressionserscheinungen, Hinfälligkeit, rasche Ermüdung, verlangsamte Athmung, kühle Temperatur, weite Pupillen, wie sie von den französischen Autoren als Intoxikationserscheinungen beschrieben sind. **Roenick** (Berlin).

---

4. **K. A. H. Mörner.** Stoffwechselprodukte des Acetanilids im menschlichen Körper. (Aus dem med.-chem. Laboratorium des Karolin. Institutes zu Stockholm.)

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 1 u. 2. p. 12.)

M. bestätigt zunächst die Angaben von Fr. Müller, denen zufolge der Harn des Menschen nach Einführung von Acetanilid Indophenolreaktion (nach dem Kochen mit Salzsäure bewirkt Zusatz von Phenol und verdünnter Chromsäure zu dem erkalteten Harn Rothfärbung, die durch Ammon in schönes Blau übergeht) giebt und eine mehr oder weniger bedeutende Vermehrung der Ätherschwefelsäuren aufweist. Es gelang ihm ferner, die betreffende Ätherschwefelsäure aus dem Harn darzustellen und zu analysiren. Sie erwies sich als Acetylamidophenolätherschwefelsäure $C_6H_4 \begin{matrix} NH\,C_2\,H_3\,O \\ O\,SO_2\,OK \end{matrix}$. Die Vermehrung der Ätherschwefelsäuren entspricht nur zu einem Theile der Menge des eingeführten Acetanilids. Neben ihnen findet sich eine Substanz, welche stark links dreht und nach dem Kochen mit Salzsäure reducirt, also vermuthlich ein Glycuronsäurederivat ist. Diese Substanz wurde bisher noch nicht in ausreichender Menge gewonnen. **F. Röhmann** (Breslau).

---

5. **E. Steinach.** Eine physiologische Wirkung der Strophanthuspräparate.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 21.)

In einer experimentellen Studie am Auge von Thieren und Menschen mit verschiedenen Strophanthuspräparaten macht uns Verf. mit der anästhesirenden Wirkung dieses Mittels bekannt. Das reinste und empfehlenswertheste Präparat ist der Äther-Wasserauszug des Strophanthus. 3—5 Tropfen genügen zur Erzeugung totaler cornealer Anästhesie. Die Anästhesie wird langsam, ca. nach 1 Stunde, erreicht und

hält ca. 3 Stunden an. Brennen, Fremdkörpergefühl, Conjunctivalinjektion sind gering und vorübergehend, der Bulbus ist gespannt, die Pupille bleibt unverändert, doch besteht schwache Ciliarinjektion; auffällig ist, dass nach 2—3stündiger Anästhesie eine hauchartige Trübung der Cornea und im Anschluss hieran Sehen von farbigen Ringen um eine Flamme und Sehen von schwachem Nebel eintreten, welche nach 12—24stündiger Dauer schwinden. Die hauchartige Trübung der Erscheinungen der Cornea erklärt Verf., da eine Ätzwirkung ausgeschlossen, als entstanden durch Erweiterung der Gefäße. Neben der Erregung der Vasodilatatoren lähmt wahrscheinlich Strophanthus die Konstriktoren, wie es die sensibeln Fasern lähmt; damit kommt es zu einer allgemeinen Imbibition des Hornhautgewebes, zu stärkerer Füllung und Erweiterung der interlamellären Lymphräume und somit zu einem dem Ödem der Hornhaut ähnlichen Zustande. Auch die Erhöhung des intraoculären Druckes führt Verf. auf die Gefäßdilatation zurück.

Roenik (Berlin).

---

6. Blocq et Gillet. Des cirrhoses graisseuses considérees comme hépatites infectieuses.

(Arch. génér. de méd. 1888. Bd. I. p. 641 u. Bd. II. p. 60 u. 181.)

Aus der umfangreichen und eine große Fülle detaillirter Schilderungen einschließenden Arbeit sei hier nur der leitende Grundgedanke hervorgehoben. Den Krankheitsprocess, welchen Verff. im Auge haben, schildern sie mit folgenden Worten: die Veränderungen der Leber bestehen in Neubildung von Bindegewebe und fettiger Entartung der Parenchymzellen. Das Mikroskop zeigt Beides neben einander, sowohl in den Fällen, wo die Leber als Ganzes vergrößert, als auch da, wo sie verkleinert ist; die Größe des Organs hat nur untergeordnete Bedeutung. Die Verff. gehen darauf aus, zu zeigen, dass Leberkrankheiten, bei denen die erwähnten pathologisch-anatomischen Veränderungen sich finden,

1) alle zu einer einzigen Gruppe zu vereinigen sind, und zwar mit Rücksicht auf Ätiologie, Anatomie und klinische Symptome,

2) grundsätzlich zu trennen sind von der Säuferleber,

3) desshalb zu einer Einheit gehören, weil sie alle eines gemeinsamen Ursprungs sind, d. h. in Folge einer Infektion entstanden. In Folge dessen soll man sie nicht an die Seite der gewöhnlichen Schrumpfleber setzen, sondern eine eigene Gruppe unter dem Namen: »Hepatitis infectiosa« aus ihnen bilden.

Um eine bessere Vorstellung zu geben, welche Fälle die Verff. im Auge haben, möge die Anführung der von ihnen aufgestellten ätiologischen Bedingungen hier Platz finden: Eindringen von Infektionskeimen in den Körper und speciell die Leber bei Wunden aller Art und ihren Folgen, bei Ulcerationen aller Art, eitrigen und septischen Entzündungen an verschiedenen Stellen des Körpers, und bei den verschiedensten Infektionskrankheiten im engeren Sinne.

Eindringen von Infektionskeimen in die Gallengänge, namentlich

nachdem dieselben durch Gallensteine in einen krankhaften Zustand versetzt worden seien.

In allen diesen Fällen wird die Infektion um so leichter Fuß fassen, wenn vorher der Boden durch andere Bedingungen vorbereitet ist; als vorbereitend in diesem Sinne ist der Alkoholmissbrauch und die Tuberkulose der Lungen zu nennen. **von Noorden** (Gießen).

---

7. **Struck.** Über das Verhältnis der Chorea und der Scarlatina zum akuten Gelenkrheumatismus.

Inaug.-Diss., Kiel, 1887.

Verf. wendet sich zunächst gegen die besonders von Prior verfochtene Ansicht, dass Chorea und Gelenkrheumatismus in keinem ursächlichen Zusammenhang stünden und bezeichnet mit Henoch den Rheumatismus als eine der häufigsten Ursachen der Chorea. Er nimmt sogar an, dass auch bei den Fällen von Chorea, die durch psychische Affekte oder auf reflektorischem Wege von verschiedenen Organen aus zu Stande gekommen zu sein scheinen, stets eine rheumatische Schädlichkeit zu Grunde liegt. Zur Bekräftigung dieser Ansicht wird ausgeführt, dass die Chorea oft als erstes Zeichen einer rheumatischen Infektion auftrete, dass akuter Gelenkrheumatismus und Chorea oft bei demselben Pat. mit einander wechseln, dass schließlich auch eine hereditäre Wechselbeziehung konstatirt werden könne, derart, dass Kinder rheumatischer Eltern an Chorea erkranken und umgekehrt. Verf. glaubt, dass seine Anschauungen sicher allseitige Bestätigung finden würden, wenn man bei allen Fällen von Chorea auf vorhergehende leichte Schmerzanfälle, auf neuralgische Schmerzen etc. genauer fahndete.

Die Fälle von Gelenkaffektionen bei Scharlach fasst S. so auf, dass außer der Infektion mit dem Scharlachvirus eine solche mit dem des akuten Gelenkrheumatismus stattgefunden hat. Er stützt sich dabei auf das zweifellos epidemische Vorkommen des Scharlachrheumatismus, auf den specifischen Heileffekt der Salicylsäure ihm gegenüber und auf das Vermögen desselben, Chorea hervorzurufen und zu recidiviren. **M. Cohn** (Berlin).

---

8. **Hauer.** Über Hemianopie als Theilerscheinung des Symptomenkomplexes frischer cerebraler Hemiplegien. (Aus der Klinik des Prof. Kahler.)

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 44—45.)

Vor Kurzem hat Kahler (s. dieses Centralbl. 1888 No. 1) darauf aufmerksam gemacht, dass die homonyme laterale Hemianopie eine sehr häufig nachweisbare Theilerscheinung der cerebralen Hemiplegie darstellt, und sich gerade so wie die Hemianästhesie bei Anwendung geeigneter Untersuchungsmittel in jedem Falle von Hemiplegie, namentlich, wenn dieselbe in Begleitung eines nur halbwegs stärker ausgesprochenen apoplektischen Insultes aufgetreten ist, wenigstens vorübergehend nachweisen lässt.

Als Bestätigung dieser Angaben berichtet H. über Untersuchungen an einer Reihe von Fällen frischer Cerebralerkrankungen der verschiedensten Art, die seither an der Klinik Kahler's zur Beobachtung gelangten. Aus der Analyse dieser Fälle geht hervor, dass sowohl bei den durch Hämorrhagien, als auch durch anderweitige Processe bedingten cerebralen Hemiplegien die Hemianopie (welche stets die der Seite der Lähmung gleichnamige Gesichtshälfte betrifft) regelmäßig nachzuweisen ist; sie fehlt nur dort, wo der hemiplektische Symptomenkomplex von einer Herderkrankung abhängig ist, bei deren Zustandekommen keine wesentliche traumatische Einwirkung auf die betreffende Hemisphäre stattgefunden hat, ein Umstand, der sich immer durch das Fehlen irgendwie erheblicherer Erscheinungen des apoplektischen Insultes, namentlich durch das Fehlen der initialen Bewusstseinsstörung verräth. Für den Fall jedoch, dass eine ohne apoplektischen Insult aufgetretene Herderkrankung ihren Sitz in unmittelbarer Nachbarschaft der centralen Opticusfasern hat, dann wird auch die vorübergehende Hemianopie im Symptomenbilde nicht vermisst werden. Daraus ergiebt sich, die lokaldiagnostische Bedeutung des Nachweises von Hemianopie bei frischen Hemiplegien, die ohne apoplektischen Insult entstanden sind. Für frische Hemiplegien, welche mit einem Insult eingesetzt haben, hingegen, wird die Hemianopie eben so wenig zu typisch diagnostischen Zwecken verwerthet werden dürfen, wie die übrigen Bestandtheile des Symptomenbildes.

E. Schütz (Prag).

---

9. C. Krafft. Über die frühzeitige operative Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes hervorgerufenen Perityphlitis stercoralis.

(Sammlung klin. Vorträge No. 331.)

Verf. versucht den Nachweis zu führen, dass die Behandlung der Perityphlitis zum Gebiete der Chirurgie gehört, und dass eine sichere, einen Rückfall ausschließende Heilung nur von einer operativen Behandlung zu erwarten ist. Diese Ansicht wird gestützt durch zwei Thatsachen: einmal, dass durch die jetzige innere Behandlung die Recidive nicht verhindert werden, das andere Mal, dass die Perityphlitis immer von der Entwicklung eines eitrigen Herdes begleitet ist. Die Ursache der Perityphlitis ist so gut wie immer eine Perforation des Processus vermiformis; in den meisten Fällen ist es ein Kothstein, welcher die Perforation bedingt, selten ein Fremdkörper. Der Verlauf der Perityphlitis ist entweder tödlich beim ersten Anfall durch allgemeine Peritonitis, oder es treten Komplikationen (spontane Eröffnungen durch die Bauchwand, in den Peritonealraum, das Rectum, die Brusthöhle, die Blase, die Art. iliac. int. etc.) ein, oder die Heilung erfolgt, allerdings nur scheinbar; denn die Perityphlitis geht stets mit Eiterbildung einher, selbst wenn dieselbe nicht nachweisbar sein sollte. Die Hoffnung, dass die Ab-

scesse resorbirt werden, besteht nur zu Recht für das Kindesalter, beim Erwachsenen erfolgt die Resorption nur selten. Solch ein circumscripter Abscess kann jeden Augenblick die Gefahr eines Recidivs und die einer allgemeinen Peritonitis heraufbeschwören. Verf. schlägt desshalb vor, für jetzt — wenn er auch hofft, dass in Zukunft die Operation selbst als präventive zur Verhinderung eines Recidivs ausgeführt werden wird — nur in den Fällen zu operiren, wo die Diagnose der Perityphlitis eine absolut sichere ist, und wo schwere Symptome sich zeigen. Einen bestimmten Zeitpunkt für die Operation giebt er nicht an, glaubt aber, dass wohl nie zu früh, eher zu spät operirt werden wird. Für die extraperitoneal zu vollführende Operation giebt Verf. die typische Incision zur Unterbindung der rechten Iliaca communis (nicht externa) an, darauf Digitalexploration, ev. Probepunktion, Ablösung des Peritoneums unter langsamer, schichtweiser Durchtrennung des indurirten, oft schiefrigen Gewebes, Eröffnung des Abscesses, Unterbindung des Processus vermif. an seiner Wurzel, wie die einer Arterie, und Festnähung des Stumpfes in der Tiefe der Wunde. Bevor der Kothstein in der Abscesshöhle oder im Processus vermif. nicht gefunden und entfernt worden ist, warnt Verf., das Operationsfeld zu verlassen. Die Nachbehandlung besteht nach Einführung eines langen Drains bis in die Tiefe der Abscesshöhle in täglichen, vorsichtigen Ausspülungen, so dass die Wunde von der Tiefe her heilt. Die Prognose ist, wenn das Peritoneum nicht eröffnet ist, günstig, andernfalls abhängig von der Möglichkeit einer eintretenden Peritonitis.

Roenick (Berlin).

---

10. **Mauriac.** Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches.

(Arch. génér. de méd. 1888. p. 675.)

Verf. bespricht, unter gleichzeitiger Mittheilung einschlägiger Fälle, die Pathologie und Therapie der syphilitischen Erkrankungen der Trachea und der Bronchien. Die Syphilis dieser Organe gehört gewöhnlich den Spätstadien an, doch kommen auch Fälle im 9. und 12. Monat nach der Infektion zur Beobachtung. Syphilis der Trachea ist häufiger als die Syphilis der Bronchien. Es handelt sich theils um Gummata, theils um phagedänische Ulcerationen, welche im weiteren Verlauf zur Stenosirung des Lumen durch Narbenbildung führen. Die Beschwerden kommen langsam zur Entwicklung. Hustenreiz und leichte Erschwerung der Respiration werden gewöhnlich zuerst einem einfachen Katarrh zugeschrieben, dann kommt es zu dem Gefühl, als ob ein Fremdkörper im Hals stecke, zu einem Gefühl der Beengung beim Athemholen und zu Schmerzen, welche gewöhnlich unter das Manubrium Sterni lokalisirt werden, dann zu lauten Geräuschen bei der Inspiration und deutlicher dyspnoischer Athmung, welche sich anfallsweise, namentlich Nachts, zu Erstickungsanfällen steigert.

Husten fehlt niemals. Der Auswurf wird in späteren Stadien immer reichlich, schleimig-eitrig, mit Blutstreifen durchsetzt.

Nachdem diese Erscheinungen zur Höhe gediehen, kommt es theils spontan, theils in Folge einer inzwischen eingeleiteten antiluetischen Kur, zu einem Nachlass der Beschwerden, welcher eine Heilung vortäuschen kann. Diese Besserung beruht auf einer Abnahme der Schwellung; aber bald tritt die Krankheit in ein weiteres Stadium, dasjenige der Narbenbildung. Diesem sind viel gefährlichere und anhaltendere Erscheinungen von Athemnoth eigen. Ohne bekannte Ursachen steigert sich auch hier die Dyspnoe zu Anfällen hochgradigster Athemnoth; die Dyspnoe ist gewöhnlich eine vorwiegend inspiratorische.

Dass man die syphilitischen Veränderungen der Trachea mit dem Kehlkopfspiegel direkt sehen kann, ist nicht gerade häufig; es kommt natürlich auf den Sitz der Erkrankung an. Außer spontanen Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Trachea findet man oft eine eigenthümliche Härte und geringere Verschiebbarkeit der Trachea. Ein sehr charakteristisches Zeichen ist ein Tieferrücken des Kehlkopfes (durch narbige Verkürzung) und seine Unbeweglichkeit beim Schluckakt. Die Auskultation ergiebt keine charakteristischen Resultate; wenigstens lässt sich ein etwa gehörtes Stenosengeräusch nicht zur Diagnose des Sitzes der Affektion verwerthen. Manchmal kommt es ziemlich unvermittelt zu ausgedehnten und heftigen Bronchialkatarrhen.

Seltener als die Syphilis der Trachea oder dieser, in Gemeinschaft mit Lues der großen Bronchien, ist eine reine Bronchialsyphilis. Sie macht weniger markante Erscheinungen, im Wesentlichen diejenigen einer einseitigen schweren Bronchitis.

Als wichtig für die Differentialdiagnose werden — abgesehen von dem Nachweis der Syphilis überhaupt — bezeichnet: Schmerz und Beengungsgefühl im Verlauf der Trachea oder hinter dem Sternum; Geräusche, deren stärkste Intensität unterhalb des Larynx; Integrität des Kehlkopfes und der Stimmbildung; Tiefstand des Kehlkopfes.

Die Prognose hängt im Wesentlichen von dem Sitz der Erkrankung und der Zeit des Eintritts in die Behandlung ab. Ist der Sitz ein tiefer, so kann auch eine Tracheotomie die Prognose nicht verbessern. Kommt der Fall frühzeitig in Behandlung und wird richtig erkannt, so können Quecksilber und Jod dem Übergang in das Stadium der Narbenschrumpfung und Stenose vorbeugen. Im Allgemeinen aber ist die Prognose als sehr ungünstig zu bezeichnen.

Die Behandlung wird niemals auf die specifischen Heilmittel verzichten; auch dann nicht, wenn schon das Stadium der Narbenschrumpfung herangekommen ist. Die Tracheotomie ist als letztes Hilfsmittel zu bezeichnen; sie nützt aber nur bei hohem Sitz der Erkrankung auf die Dauer; bei tieferem Sitz kann von der Tracheotomiewunde aus die Tubage versucht werden.

Der systematischen Darstellung sind 5 Krankengeschichten eingereiht.

von Noorden (Gießen).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **M. Herz.** Über die täglichen Harnquantitäten bei Kindern.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 44—50.)

Die täglichen Harnquantitäten bei den von H. zu seiner Studie verwendeten 30 Knaben und 30 Mädchen im Alter von 6—14 Jahren schwankten zwischen 550 und 1400 ccm (bei den Mädchen zwischen 600—800 ccm).

Die tägliche (übrigens vom Alter, der allgemeinen Entwicklung, der Ernährung abhängige) Harnmenge nimmt bei den verschiedenen fieberhaften und bei Darm-Affektionen, insbesondere in prognostisch bedeutsamer Weise bei Cholera infantilis, ab. Bei Hysterie findet sich bald Oligurie, bald Polyurie, andere Male Harnretention. H. macht nach Besprechung der Nephritis bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten auf die enorme Empfindlichkeit der Kinder gegen Karbol aufmerksam, vor dessen Anwendung bei Kindern er warnt.

Polyurie findet sich bei chronischen Affektionen des Nierengewebes und Nierenbeckens. Unter den ätiologischen Momenten der Polyurie spielen Läsionen des Nervensystems die Hauptrolle. H. hat jüngst 2 Fälle von Polyurie und Polydipsie bei Kindern (mit täglich 8, resp. 9—11 Litern Harn ohne jegliche Spur von Glykose) beobachtet. In Bezug auf die Therapie des Diabetes insipidus hat H. nur von entsprechender Diät, resp. allmählicher Reduktion der Menge des Getränkes und von der Sol. Fowleri mit oder ohne Eisen günstige Erfolge gesehen.

K. Bettelheim (Wien).

12. **M. Panor.** Über den Gehalt des Auswurfs an Stickstoff. (Klinik des Prof. Koschlakow.)

Dissertation, Petersburg, 1888.

Verf. lehrt uns außer den bekannten deutschen Arbeiten eine Anzahl russischer auf diesem Gebiete kennen: Buikow, Gehalt des Auswurfs an Alkalien (Dissertation); Grusew, Schwankung des Gehaltes an Chloriden im Auswurf und Urin bei krupöser Pneumonie (Diss.); Starkow, Gehalt des Auswurfs an Eiweiß (Diss.); Fenomenow, Gehalt des Auswurfs an Stickstoff etc. (Ärztl. Nachr. 1879); Grigorjew, Materialien zur Bestimmung des Stickstoffumsatzes bei Nierenkranken (Diss.); Tschistowitsch (Wöchentl. klin. Zeitung 1886); Buschujew, Zur Frage von der Heilung der Schwindsucht durch Kreosot (Wratsch 1887); Abramowitsch, Materialien zur Frage von dem Stickstoffumsatz (Diss.). Er selbst bestimmte N, Trockenrückstand und H_2O, und fand im Allgemeinen ähnliche Zahlen wie Huppert, Riesell, Renk u. A. Bei 4 Tuberkulösen im 1. Stadium N-Verlust pro Tag 0,1—0,8, Procentgehalt des Auswurfs an N 0,22—0,57; 4 Tuberkulöse im 2. Stadium bezw. 0,23—0,4 und 0,36—0,68; 4 Tuberkulöse im 3. Stadium bezw. 0,45—0,8 und 0,58; 3 krupöse Pneumonien 0,07 und 0,24; 1 Bronchiektasie 0,14 und 0,2; 6 Bronchitis 0,071 und 0,13; 3 Emphysem 0,28—0,45 und 0,33. Alles Durchschnitte von 10 Tagen. Bei 2 Gesunden (6 und 7 Tage) 0,014 und 0,27.

Hoffmann (Leipzig).

13. **Demme.** Durch Hirnerschütterung bedingte Tetanie bei einem 9 Monate alten Knaben. Heilung.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital 1887.)

Ein 9 Monate altes Kind fällt von einem 82 cm hohen Tisch auf den Kopf und bietet gleich darauf die Symptome einer schweren Hirnerschütterung. Am 3. Tage nach dem Fall tritt bei andauernder tiefer Bewusstlosigkeit Erzittern der gesammten Körpermuskulatur ein, das die folgenden 3 Tage hindurch mit kurzen Zwischenpausen anhält. Dann zeigen sich tonische Krampferscheinungen der Gesammtmuskulatur mit Steigerung der Reflexerregbarkeit, zeitweilig von Zitterparoxysmen unterbrochen. Nachdem dieses Symptomenbild 2 Tage bestanden hat, hören die Mukelspannungen und das Erzittern allmählich auf und in wenigen Tagen hat sich der Knabe vollständig erholt. Bemerkenswerth ist bei diesem Falle die 7 Tage andauernde schwere Bewusstlosigkeit, so wie der so plötzliche, günstige Ausgang.

M. Cohn (Berlin).

14. W. Dopfer. Über die Komplikationen des letalen Abdominaltyphus.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. p. 620 u. 635.)

Aus den Protokollen des Münchener pathologischen Instituts über Typhussektionen aus den Jahren 1854—1865, unter Zugrundelegung des gewaltigen Materials von 927 Autopsien hat Verf. eine Statistik der sekundären Veränderungen und Komplikationen in den Organen der an Typhus zu Grunde gegangenen Kranken zusammengestellt. Es möge hier auf diese sorgfältige und übersichtliche Statistik als ein werthvolles Quellenmaterial hingewiesen werden.

von Noorden (Gießen).

15. J. D. Iwanow. Die Behandlung des Emphysems mit dem Rossbach'schen Stuhle.

Dissertation, Petersburg, 1888.

Verf. hat Versuche mit dem Rossbach'schen Stuhle an Gesunden und Emphysematikern angestellt, Bestimmungen der Puls- und Athemfrequenz, des Brustumfanges, der Kapacität (Spirometer), des Respirationsdruckes (Pneumatometer) ausgeführt. Das Resultat entsprach dem, was nach früheren Beobachtungen von der Wirksamkeit der Respirationsgymnastik zu erwarten war. 10 Emphysisematiker längere Zeit behandelt besserten sich alle entschieden, der Brustumfang wurde im Durchschnitt um 0,5 verringert, die Ausdehnungsfähigkeit des Thorax um eben so viel erhöht. Die Zunahme der Lungenkapacität schwankte zwischen 350 und 930 ccm. Üble Zwischenfälle wurden während der Behandlung gar nicht beobachtet.

Hoffmann (Leipzig).

16. R. Lépine. Diabète; accidents attribuables à une intoxication par les acides formique et oxybutyrique. — Infusion alcaline intraveineuse; coma; mort; autopsie.

(Revue de méd. 1888. No. 12. December 10.)

L., der schon einmal in einem Falle von Coma diabeticum eine alkalische Infusion intravenös ohne Erfolg gemacht hatte, sah sich durch die Mittheilung Minkowski's (Naturforscherversammlung, Wiesbaden 1887) ermuthigt, diesen Versuch zu wiederholen. Diesmal wartete er den Eintritt des Koma bei der 52jährigen Pat. nicht ab, sondern führte eine Infusion von 600 ccm Flüssigkeit schon vorher aus. Der Zustand der Pat. verschlimmerte sich schon während der Operation, in der dieser folgenden Nacht erfolgte der Exitus. Im Urin hat L. Ameisensäure und Oxybuttersäure nachgewiesen. **M. Cohn** (Berlin).

17. Semmola (Neapel). Die Heilbarkeit der Lebercirrhose durch systematische Milchkur.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 1 u. 2.)

Nicht nur in der meist Jahre dauernden Zeit der wahren Heilbarkeit der Lebercirrhose, d. h. in der Zeit der die Cirrhose bedingenden Phlebitis und Periphlebitis der Pfortaderverästelungen, sondern auch bei schon ausgesprochenen Fällen empfiehlt S. absolute Milchdiät, weil er selbst physiologische Reize, wie sie durch einfache und leichte Speisen gesetzt werden, als schädlich für den permanent krankhaften Zustand der Leber ansieht. Es könnten durch »abdominale Phlebonose«, Langsamkeit der Cirkulation im Pfortadersystem etc. Umstände gegeben sein, welche bewirken, dass die interstitielle Hepatitis während ihrer hyperplastischen Phase in der Cirkulation der Abdominalvenen leichter als sonst Störungen hervorruft, d. h. es kann eine noch nicht bis zur Schrumpfung gediehene Leber das Bild einer ausgebildeten, unheilbaren Cirrhose vortäuschen. S. hat mit seiner Methode (alle 3 Stunden 100—200 g Milch, bis zu 3 Liter pro die steigend) bei den durch Alkoholmissbrauch (nicht bei den durch Intermittens) bedingten Cirrhosen sehr gute Resultate erzielt. **K. Bettelheim** (Wien).

18. **Behrend** (Sagan). Über die Behandlung des Erysipels mit Spiritus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 4.)

B. behandelte, ausgehend von der Thatsache, dass Spirit. absolut. (90%ig) den Erysipelcoccus sicher tödtet, eine größere Zahl (wie viel, ist nicht angegeben) von Erysipelfällen mit energischen lokalen Waschungen mittels Alcohol. absolut., die er 3mal täglich bis zum völligen Verschwinden der örtlichen Erscheinungen wiederholen ließ. Er giebt an, dadurch ausnahmslos sofortigen Stillstand des Processes und Rückbildung innerhalb 3—5 Tagen erzielt zu haben.

A. Freudenberg (Berlin).

19. **R. Feletti** (Catania). Contribuzione allo cura dei tumori cronici di milza.

(Rivista clin. e terap. 1888.)

F. berichtet über einen Fall, in welchem er bei einer Phthisica eine nach vorn verlagerte und wahrscheinlich in Folge von Malaria beträchtlich vergrößerte Milz durch 5 einfache Acupunkturen mittels Stahlnadel innerhalb 12 Tagen erheblich verkleinern konnte; die Dimensionen gingen von 21 cm Länge : 11 cm Breite auf 17 : 8 cm zurück. Die Nadel blieb jedes Mal nur wenige Sekunden drin, die Punktion war fast schmerzlos und verlief ohne jegliche Reaktion. Bei der Sektion der 10 Tage nach der letzten Punktion an ihrer Phthise gestorbenen Pat. fand man in der Milz, entsprechend den Einstichen, keilförmige, mit der Basis nach der rupturirten Kapsel gerichtete Figuren, welche mikroskopisch aus jungem Bindegewebe und Residuen eines Blutergusses bestanden.

F. fordert auf, weitere Beobachtungen in dieser Richtung zu machen, da, wenn diese gleiche Resultate ergeben sollten, die einfache Acupunktur wegen ihrer Reizlosigkeit eventuell den Chinininjektionen in die Milz vorzuziehen sei.

A. Freudenberg (Berlin).

20. **A. Pozzi.** Entérolithes de l'appendice vermiculaire. — Péritypblite et Péritonite suppurées. Mort.

(Gaz. méd. de Paris 1888. No. 51.)

Ein 20jähriger Mann wurde wegen heftiger Schmerzen in der rechten Fossa iliaca ins Krankenhaus aufgenommen. Er war stets gesund gewesen, nur hatte er bisweilen Schmerzen in der Nierengegend gehabt. Vor 9 Tagen begannen jene Koliken mit Verstopfung; der Zustand besserte sich dann etwas, verschlimmerte sich aber seit 4 Tagen wieder. Pat. ist schlaflos, blass, abgemagert, Zunge belegt. Die rechte Iliacalgegend ist bei tiefem Eindruck, nicht bei oberflächlicher Palpation, sehr schmerzhaft; ebenfalls, wenn der Kranke sich im Bette aufsetzt. Man fühlt daselbst mäßige Resistenz. Keine Dämpfung. An den übrigen Organen nichts Abnormes; kein Zucker oder Eiweiß. Temperatur 39,6°. Stuhlentleerung breiig. In den beiden nächsten Tagen begann das Abdomen anzuschwellen, oberflächliche Palpation des Leibes wurde schmerzhaft, Tumor war nicht fühlbar. Kein Erbrechen, aber lebhafte Schmerzen, brennendes Gefühl beim Urinlassen; häufige Urinentleerung. Zuletzt entstand Erbrechen, Dyspnoe, Temperatur 40,2°, in der Nacht zum 3. Tage Exitus. Obduktion: Lungen und Herz gesund; diffuse eitrige Peritonitis mit Verwachsung der Darmschlingen. Leber, Nieren, Blase normal. Die Därme selbst, bis auf die rechte Ileocoecalgegend, gesund. Hier zeigte sich Verwachsung des Coecum mit dem Processus vermiformis mittels Membranen, in welchen ein Eiterherd von Hühnereigröße lag. Coecum leer, Processus nicht perforirt, Wand des letzteren verdickt; in seinem Inneren zwei weißgraue, kirschkerngroße, harte Fremdkörper mit körniger Oberfläche. Auf dem Durchschnitt derselben war ein bräunlicher Kern, der leicht in Staub zerfiel, im Übrigen koncentrischer Bau sichtbar. In keinem anderen Organ fanden sich Steine vor. Offenbar waren jenes Fäkalsteine. Wäre die Diagnose des Abscesses gestellt worden, was, da er für die Untersuchung keine Erscheinungen bot, hier nicht möglich gewesen, so hätte der Pat. durch die Operation wahrscheinlich gerettet werden können.

G. Meyer (Berlin).

21. J. F. Ph. Hers. Een geval van Herpes met motorische Stoornissen.

(Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 4.)

Ein 73jähriger Mann bekommt in der Nacht plötzlich Ohrschmerzen; schon am folgenden Morgen werden Herpesbläschen an der linken Unterlippe gesehen. Die Schmerzen verbreiten sich mehr und mehr, der Herpes eben so, aber nur auf der linken Seite, über Kinn, Unterlippe, Backen, Schläfengegend, Ohrmuschel und sogar über die Schleimhaut von Lippe, Wange und Zunge. Nach 3 Wochen sind die Schmerzen leidlich, der Herpes fast ganz geheilt. Dann tritt auf einmal Zunahme der Schmerzen auf und gleichzeitig eine Facialisparalyse der linken Seite, unter Mitbetheiligung der Schließmuskeln am Auge. Die Sensibilität der Wange ist herabgesetzt, die Mundschleimhaut sehr schmerzhaft. Die Paralyse bessert sich schnell, die völlige Heilung fordert jedoch abermals 3 Wochen. Ein Recidiv ist bis zum Tode (4 Jahre nachher) nicht eingetreten.

Feltkamp (Amsterdam).

22. G. Variot. Paralysie faciale d'origine pétreuse, remontant à la première enfance.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 1.)

Ein 36jähriger Potator hatte in früher Jugend an Ausfluss aus dem rechten Ohr gelitten, welcher sich nach Einbringung eines Fremdkörpers in dasselbe eingestellt hatte. Unterhalb des rechten Ohres ist eine eingedrückte Narbe, die offenbar von einer Drüseneiterung in dieser Gegend herrührt. Im Übrigen macht der Mann keinen Eindruck eines Kranken. Der rechte Facialis ist in allen Zweigen gelähmt, so dass in der Ruhe das Gesicht rechts zornig aussieht, während es auf der linken Seite einen sanften Ausdruck hat. Der Gegensatz beider Gesichtshälften ist noch stärker bei Bewegung des Gesichts ausgeprägt, wobei die rechte Seite unbeweglich bleibt, während links alle Bewegungen ausgeführt werden. Die herausgestreckte Zunge weicht etwas von der Mittellinie, das Zäpfchen leicht nach links ab. Keine Schluck- oder Sprachstörungen; elektrische Erregbarkeit der rechtsseitigen Gesichtsmuskeln geschwunden. Sehvermögen ist rechts und links gleich. Auf dem rechten Ohr: Fehlen des Trommelfells und der Gehörknöchelchen; in der Tiefe sieht man eine weite Höhle, nach innen begrenzt von einer konkaven Oberfläche, die mit narbigem Gewebe bedeckt ist. Vom Promontorium, rundem oder ovalem Fenster ist nichts zu sehen. Die Schnecke ist offenbar zerstört. Für Luftleitung besteht rechts völlige Taubheit. Uhr und Stimmgabel am Processus mastoideus aufgesetzt, werden nicht mehr gehört. Stimmgabel auf dem Scheitel wird nur links gehört. Höchst wahrscheinlich ist also das rechte Labyrinth zerstört. Sowohl die Taubheit als die Gesichtslähmung datiren aus frühester Zeit. Es ist also auch wohl Affektion des Canalis facialis vorhanden, die den Nervus facialis mitbetroffen; im Bereich des Trigeminus besteht keine Störung. Die Affektion des Felsenbeins rührt offenbar von der Otitis media, die in der Jugend bestand, her.

G. Meyer (Berlin).

23. E. de Renzi. Scomparsa del riflesso patellare nell' onanismo.

(Rivista clin. e terap. 1888. No. 7.)

Wenn man bei schwächlichen, blassen Kindern, für deren Zustand eine organische Krankheit als Ursache nicht entdeckt werden kann und deren höchst empfindliches und erregbares Gefäßsystem eher auf erhöhte als herabgesetzte Reflexvorgänge schließen lassen sollte, ein völliges Fehlen des Patellarreflexes feststellt, so hat man nach de R., der zahlreiche Fälle dieser Art beobachtete, in diesem Fehlen des Patellarreflexes ein untrügliches Zeichen, dass die betreffenden Individuen mit einer außergewöhnlichen Leidenschaft der Onanie fröhnen.

G. Sticker (Köln).

24. J. Hoffmann (Heidelberg). Über die Diffusionselektrode von Adamkiewicz und die Chloroformkataphorese.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 21.)

H. unterschreibt die Behauptung von Paschkis und Wagner, welche die Leitungsunfähigkeit des Chloroforms für den elektrischen Strom nachwiesen. Damit fällt die Möglicheit der elektrischen Chloroformkataphorese, wie sie in der Adamkiewicz'schen Methode angestrebt wurde. Verf. schlägt vor, falls man ein subkutan applicirbares Antineuralgicum zusammen mit Elektricität in Anwendung bringen will, das Medikament über dem Schmerzpunkte zu injiciren, wobei man die Einstichöffnung möglichst entfernt und seitlich von dem Nervenpunkte anbringt und alsdann den galvanischen Strom in Aktion treten zu lassen, so dass die Anode direkt über dem Nervenpunkte aufsitzt. **J. Ruhemann** (Berlin).

25. H. Ruscheweyh (Jena). Zur Darreichung und Wirkung des Sulfonals.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 21.)

R. bestätigt durch klinische Belege die Zweckmäßigkeit der Verordnung des Sulfonals, wie sie von Kast nachträglich auf Grund von chemischen Experimenten und Thierversuchen vorgeschlagen wurde. Statt in Pulverform lässt man das Sulfonal, fein suspendirt in 200 ccm, womöglich warmer, Flüssigkeit, auch in Bouillon, in den frühen Abendstunden mit dem Abendessen darreichen. So ist die Resorption des Mittels leichter und seine Wirkung intensiver, jedoch, wie es scheint, nicht schneller. Geringe Verdauungsbeschwerden hat Verf. gelegentlich beobachtet.

J. Ruhemann (Berlin).

26. Grossich. Schlangenbiss mit schweren Vergiftungssymptomen; Heilung.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 48.)

Ein 14jähriger Fabrikarbeiter wurde, als er sich zur Mittagsruhe auf ein Steingeröll niederlegte, von einer Schlange (Vipera ammodytes) stark in den linken Fuß gebissen; von seinen Kameraden wurde dem Verwundeten oberhalb der Knöchel sofort ein Schnürverband angelegt. Als Pat. 3 Stunden später im Spital anlangte, war der Fuß stark angeschwollen, kalt und bläulich verfärbt; der anwesende Arzt kauterisirte sofort die Stelle der Verletzung energisch mit dem Paquelin'schen Thermokauter und nahm dann den Schnürverband ab. Bald erbrach Pat. auch mehrfach, klagte über Magenschmerzen und Brustbeklemmungen, der Puls war kaum zu fühlen, fadenförmig, unregelmäßig, beschleunigt. Temperatur 38,3° C. Die Anschwellung schritt am 1. Tag bis zur Mitte des Unterschenkels, welcher vollkommen unempfindlich war, fort. Zur Behandlung wurden dem Pat. halbstündlich 2 Suppenlöffel voll Kognak gereicht und subkutan 1 ccm 2%ige Pilocarpinlösung injicirt, worauf etwas Schweißsekretion sich einstellte. Noch am 2. und 3. Tag war Pat. schwer krank, auch war die Schwellung und Blaufärbung bis zur Leistengegend fortgeschritten. Subjektiv trat am 4. Tag etwas Besserung ein; gleichwohl hatte am Abend des 4. Tages die Schwellung und Verfärbung die Nabelgegend erreicht. Die Besserung schritt in den folgenden Tagen fort, so dass sich Pat. am 10. Tage schon vollkommen gut fühlte; jedoch konnte er mit dem kranken Bein noch gar keine Bewegung ausführen. Bei der Entlassung 1 Monat nach der Aufnahme war die aktive Beweglichkeit des Beines noch nicht vollkommen.

G. berichtet aus seiner Praxis über 2 weitere Fälle von Schlangenbiss mit ganz ähnlichen Erscheinungen, die aber beide tödlich verliefen, da die ärztliche Hilfe erst nach mehreren Tagen requirirt wurde. Im vorgenannten Falle war sicherlich die energische Thermokauterisirung, wenn sie auch erst 3 Stunden nach dem Unglücksfalle zur Anwendung kam, von lebensrettendem Einfluss.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

27. S. Booth. Cocaine Poisoning.

(Med. standard 1888. Oktober.)

B. hatte einem Pat., welcher von einem Droguisten eine Flüssigkeit zur Injektion gegen Gonorrhoe sich verschafft und damit auch die Injektion ausgeführt hatte, gegen die äußerst heftigen Schmerzen und die Harnverhaltung, welche sich danach einstellten, eine 4%ige Lösung von salzsaurem Cocain (0,65 : 16) zur Injektion ordinirt, zunächst die Hälfte davon auf einmal, mit der Weisung, die injicirte Flüssigkeit 5 Minuten lang mit der kranken Schleimhaut in Kontakt zu lassen. Statt dessen injicirte sich Pat. sofort die ganze Menge und hielt sie auch statt 5 Minuten 15 Minuten zurück. 20 Minuten später kam Pat. in verwirrtem aufgeregtem Zustande in das Zimmer des Arztes, redete unaufhörlich ohne auf Fragen zugänglich zu sein. Die Pupillen waren weit, die Respiration tief und frequent; der Puls war sehr beschleunigt, aber kräftig. Der Zustand der Trübung des Bewusstseins hielt ungefähr 45 Minuten an und war von starken Kopfschmerzen gefolgt; die Erinnerung an obigen Zustand hatte Pat. fast völlig verloren. Beim Erwachen am folgenden Morgen waren alle Nachwirkungen der Vergiftung vollständig verschwunden. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

28. Fr. Hänel. Ein Fall von schwerer Cocainvergiftung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 44.)

In dem Falle H.'s war behufs schmerzloser Zahnextraktion einem 19jährigen kräftigen Mädchen 0,1125 Cocainchlorhydrat unter das Zahnfleisch in 2 Portionen kurz nach einander injicirt worden. Sehr bald wurde Pat. sehr blass, fiel um und bekam heftige von kurzen Pausen unterbrochene Konvulsionen; erst nach 5 Stunden hatten die klonischen Krämpfe allmählich aufgehört; die Pupillen waren mäßig weit und reaktionslos. Temperatur 38,2° C. Pulsfrequenz 176 Schläge in der Minute. Athemfrequenz 44. Die Bewusstlosigkeit überdauerte die Krämpfe noch um 2 Stunden. Nach dem Erwachen bestand noch große motorische Schwäche, Lichtscheu, verminderte Sensibilität der Haut, Anästhesie der Nasen- und Mundschleimhaut, völliger Verlust des Geruchs und Geschmacks, Trockenheit und Brennen im Hals und Durst. Auch entwickelte sich eine im Laufe der nächsten Tage immer mehr zunehmende Cardialgie, welche 6 Tage bestand. Die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen, wie Amylnitriteinathmung, Kälteapplikation auf den Kopf, eben so auch die Darreichung von großen Dosen Opium hatten sich nicht bewährt in diesem Falle. H. glaubt, dass für das Cocainchlorhydrat eine Maximaldose von 0,03! aufzustellen sei; für dekrepide Individuen, Kranke mit schweren Herzfehlern und durch Schmerzen, Blutverlust und erschöpfende Eiterung heruntergekommene Personen sei auch diese Maximaldose allerdings zu hoch.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

29. Du Mesnil. Zur Kasuistik der Quecksilberexantheme.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. p. 465.)

Verf. beschreibt einen der sehr seltenen Fälle von Exanthem im Verlauf einer Quecksilberschmierkur. Es handelte sich um ein 21jähriges Mädchen. Das Exanthem begann ca. 5 Wochen nach Anfang der Kur. Es trat auf in Form von rothen, linsen- bis bohnengroßen, über die Oberfläche erhabenen Infiltrationen, die theilweise sich nach einem Tage mit Blasen bedeckten. Das Exanthem vermehrte sich jedes Mal mit Neueinverleibung von Quecksilber und verschwand während der Intervalle der Inunktionskur. Das Exanthem erschien nur an Stellen, an denen nicht geschmiert wurde, so dass eine Verwechslung mit arteficiellem Ekzem auszuschließen war. **von Noorden** (Gießen).

Berichtigung: In No. 15 lies im Inhaltsverzeichnis, so wie auf p. 272 Zeile 5 von unten für Soye: Loye.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 27. April.** **1889.**

1. H. **Tappeiner.** Zur Kenntnis der Wirkung des Fluornatriums. (Unter Mitarbeit von N. Obolensky.)

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. p. 203.)

2. **Hugo Schulz.** Untersuchungen über die Wirkung des Fluornatriums und der Flusssäure.

(Ibid. p. 326.)

Das Fluornatrium erregt in so fern besonderes Interesse, als es in seiner Zusammensetzung den vielgebräuchlichen Salzen der drei übrigen Halogene parallel ist. Nur eine Untersuchung darüber lag bisher vor, und zwar von Rabuteau aus dem Jahre 1872. Die Ergebnisse T.'s werden in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

In Gaben von 0,5 bei innerlicher, in solchen von 0,15 bei subkutaner und intravenöser Darreichung für das Kilo Thier erzeugt das Fluornatrium: 1) einen Zustand von Sopor und Schwäche, der hauptsächlich als Folge der Lähmung der Gefäßnervencentren aufzu-

fassen ist; 2) Krämpfe, welche theils einzelne Glieder, theils den ganzen Körper erfassen und bei einzelnen Thieren epileptiformen Charakter annehmen; sie sind manchmal sehr stark entwickelt, so dass sie das Vergiftungsbild beherrschen, manchmal (besonders nach innerlicher Vergiftung) sind sie nur angedeutet; sie sind nicht reflektorischer Natur, unabhängig von den Störungen der Athmung und des Kreislaufs und gehen vom Rückenmark und noch höheren Centralorganen aus; 3) Lähmung des vasomotorischen Centrums; 4) Beschleunigung und Vertiefung der Athmung mit folgender Lähmung; 5) Erbrechen, Speichel- und Thränensekretion, welche durch Atropin nicht beseitigt werden; 6) frühzeitige Todtenstarre.

Das Alles bezieht sich auf Säugethiere. An Fröschen gestalteten sich die Dinge im Wesen ganz ähnlich. Interessant für den Leser ist dabei die Bemerkung, dass bei diesen die Lähmung des centralen Nervensystems keine indirekte, sondern eine direkte ist; dass auch ferner die sensiblen Endorgane und weiter die sensiblen Nervenfasern gelähmt werden. Man sollte meinen, schon aus diesen Indicien werde der Verf. schließen, auch beim Warmblüter lähme das Fluornatrium die Substanz des Gehirns direkt. Indess er sucht hier die Ursache dieser Lähmung lieber auf einem weiten Umweg. Nach Art veralteter Anschauungen in der Medicin, welche sich keinen toxikologischen Vorgang ohne ursächliche Verengerung oder Erweiterung der Gefäße, ohne Erregung oder Lähmung der Vasomotoren, ohne ursächliche Hyperämie oder Anämie vorstellen können, sucht auch er die Erklärung für Schläfrigkeit, Schwäche und Sopor lediglich in den Gefäßbahnen. Beweise dafür giebt er nicht. Die Deutung wird ganz allein aus dem zeitlichen Zusammenfallen der vasomotorischen und der sensoriellen Lähmung geschlossen. Nun liegt das hauptsächlichste Gefäßcentrum in der Nähe des Großhirns. Wenn also das Protoplasma von jenem gelähmt wird — was T. ja nachweist —, warum soll dann nicht eben so gut auch das Protoplasma von diesem der direkten Lähmung durch das Fluornatrium verfallen?

Die Krämpfe sind nach des Verf. Angabe (p. 223) von der Lähmung der Gefäße unabhängig. Sie haben einen selbständigen Charakter und sind »als direkte Einwirkungen des Fluornatriums auf die Centralorgane anzusehen«. Wenn das Gift in einem gewissen Stadium *erregend* auf die Gehirnganglien wirkt, was hindert es dann, in einem anderen Stadium sie bis zum Sopor zu *lähmen*? —

Die Resultate von S. stehen mit denen des ersten Autors in gutem Einklang, nur ist die Erklärung des hervorragendsten Symptoms bei jenem unhydraulisch und ungezwungen. »Fluor wirkt, als Natriumsalz eingeführt, deutlich auf das centrale Nervensystem ein. Die Wirkung zeigt sich in Lähmungszuständen des Gehirns und des Rückenmarks und geht von dort auf die peripheren Nerven über.« Und ferner: Eben so wie wir für die Natriumverbindungen von Chlor, Brom und Jod zu der Annahme berechtigt sind, dass bei ihnen das Natrium als Mittel dient, die genannten Halogene in

zweckentsprechendster Weise in den Organismus einführen zu können, und eben so wie wir, besonders ausgesprochen bei Jod- und Bromnatrium, nach ihrer Aufnahme die specifische Jod- und Bromwirkung auftreten sehen, dürfen wir auch für das entsprechende Fluorsalz ein gleiches Verhalten annehmen. Für die drei anderen Halogene hat der Verf. die Thatsache festgestellt (Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. XXVII p. 454), dass sie schon durch Kohlensäure, falls diese in größerer Menge einwirkt, aus ihren Alkaliverbindungen gelockert oder befreit werden können. Nirgendwo besser zeigt sich das als bei den Bromalkalien. Als festes Salz ist das Bromnatrium gänzlich indifferent gegenüber den Komponenten des menschlichen Organismus; und doch umnebelt es das Gehirn, wenn in genügender Quantität eingeführt. Macht die Kohlensäure außerhalb schon etwas Bromwasserstoff frei, so wird in der sauer reagirenden Gehirnrinde das Nämliche unterstellt werden dürfen. Damit aber ist der bekannte Depressionszustand nach Aufnahme des Bromsalzes unserem Verständnisse näher gerückt. Momentan in Freiheit gesetzt entfaltet das Brom (oder seine Wasserstoffsäure) seine specifische Wirkung und wird danach durch das Alkali des Blutserums wieder gebunden, fortgeführt und dem Harn übergeben.

Diesen Auseinandersetzungen entspricht weiter beim Fluornatrium Folgendes:

»Bei den Versuchen mit Warmblütern war mir ein Symptom besonders auffällig geworden, das zumal bei Hunden so wie auch bei den Katzen am ersten Tage deutlich hervortrat: die eigenthümliche Schläfrigkeit und die zunehmende Unfähigkeit, das Gleichgewicht zu erhalten. Das ganze Bild sprach für eine specifische Einwirkung auf bestimmte Theile des Gehirns, deren Ursache nur in der Wirkung des Fluors auf dieses Organ zu suchen war. Mich erinnerte diese Erscheinung lebhaft an ähnliche Vorkommnisse, die ich vor mehreren Jahren als Assistent von Binz zu sehen Gelegenheit hatte. Damals handelte es sich um die Lösung der Frage, ob Chlor, Brom und Jod Lähmungszustände des Gehirns hervorrufen können, sei es, dass sie als solche direkt auf den Thierkörper zur Wirkung gebracht werden, oder aber in Form geeigneter Verbindungen, die eine primäre Ätzwirkung der ersten Wege ausschließen. (Vgl. die Arbeiten von Binz in dem Archiv für exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XIII p. 139 und 157.) Die Ähnlichkeit im Verhalten des Fluornatriums mit dem der anderen drei Halogene war in der That ganz auffallend, sie trat noch deutlicher auf bei den Versuchen an Kaltblütern.«

Von besonderem Interesse ist in den Versuchen von S. die Prüfung des Einflusses der Dämpfe von Flusssäure auf Warmblüter. In einem großen Bleitopf ward diese Säure entwickelt und 2 Katzen wurden 4 Tage lang ihren Dämpfen andauernd ausgesetzt. Am ersten Tage waren die Thiere unruhig, machten wiederholt Schluckbewegungen und setzten sich dann mit schläfrigem Ausdruck still hin. Zuweilen

trat leichtes Zucken in den Vorderbeinen auf, die Thiere gähnten häufig und schliefen schließlich längere Zeit. Nach dem Erwachen waren sie verhältnismäßig munter und zeigten starken Durst. Irgend welche Reizerscheinungen seitens der Conjunctiva oder der Nasenschleimhaut wurden nicht beobachtet. Am folgenden Tage etwas struppiges und frostiges Aussehen. Die beiden folgenden Tage völlig normales Befinden mit gutem Appetit. Also Gewöhnung an die sauren Dämpfe innerhalb dieser Zeit. Um über die Anwesenheit einer genügenden Menge Flusssäure in dem Behälter völlige Sicherheit zu haben, waren zu Beginn des Versuches zwei Glastafeln mit Wachsüberzug, in den einige Buchstaben geschrieben waren, hineingebracht worden. Sie standen in den Ecken desselben. Nach Beendigung des Versuches wurden sie von dem Wachs befreit und hatten nun die aufgeschriebenen Buchstaben deutlich eingeätzt. Die beiden Thiere hatten mithin ohne alle schlimmen Folgen 4 Tage lang in einem Raume ausgehalten, dessen Luft derartig mit Flusssäure imprägnirt war, dass Glas selbst in einiger Entfernung von dem Entwicklungsgefäße deutlich angeätzt wurde.

Das ist ein Resultat, welches an und für sich schon interessant, vielleicht von Bedeutung erscheint für das Anstellen der Einathmungen von Flusssäure, welche in neuester Zeit zu therapeutischen Zwecken empfohlen wurde (d. Centralbl. 1888 p. 52 und 708).

C. **Binz** (Bonn).

---

3. **Krysiński.** Pathologische und kritische Beiträge zur Mutterkornfrage.

Jena, **G. Fischer,** 1888. 274 S.

Den größten Theil des Buches nimmt eine dankenswerthe Übersicht über den bisherigen Stand der Mutterkornfrage ein, wobei Verf. sich der mühevollen Arbeit einer Durchsicht der umfangreichen Litteratur unterzogen hat. Es werden in besonderen Kapiteln besprochen die Symptome des epidemischen Ergotismus, die der Mutterkornvergiftung am Menschen und an Thieren, der Leichenbefund an vergifteten Menschen und Thieren, die toxikologischen Eigenschaften des Mutterkorns und seiner Präparate, die Wirkung derselben auf Blutkreislauf, Athmung, Nervensystem, Uterus. Das Endergebnis ist ein wenig erfreuliches: überall Mangel an Übereinstimmung unter den Autoren; die Reindarstellung der wirksamen Bestandtheile des Mutterkorns ist ein bis jetzt unerfülltes Postulat.

Der therapeutischen Verwendung des Mittels spricht Verf. jede Berechtigung ab; er anerkennt keinen Erfolg auf den nicht schwangeren Uterus, einen nur geringen, mehr schädlichen als nützlichen auf den schwangeren Uterus, sowohl zur Unterstützung bei rechtzeitiger, als zur Hervorrufung vorzeitiger Geburt; bestreitet jeden Nutzen bei Uterusblutungen und -Myomen; erhebt feierlichen Protest gegen seine Verwendung als Haemostaticum.

Die eigenen pathologischen Untersuchungen des Verf. bringen uns leider im Verständnis der Pathogenese des Ergotismus nicht viel weiter. Sie sind vorzugsweise auf den Nachweis von Mikroorganismen gerichtet; es sind Vergiftungs- und Impfversuche. Bei denselben ist Verf. nicht immer mit gleich strenger Kritik vorgegangen, wie er sie den Untersuchungen Anderer, z. B. des um die Mutterkornfrage verdienten Kobert angedeihen lässt. Kulturversuche sind überhaupt nicht angestellt; bei den spärlichen, nur 3 Kaninchen betreffenden, Impfversuchen sind keine genügenden Garantien für die Unzweideutigkeit der Resultate gegeben; Vergiftungsversuche an Fleischfressern werden vermisst, das Nervensystem ist bei der anatomischen Untersuchung höchst stiefmütterlich behandelt, obwohl die von anderen Autoren (u. A. auch vom Ref.) beobachteten Coordinationsstörungen auch ihm nicht entgangen waren und er die vom Ref. aufgefundene Hinterstrangserkrankung beim Ergotismus kennt.

Die an einigen Vögeln, 2 Schweinen, 1 Kaninchen und 1 Maus angestellten Vergiftungsversuche ergeben symptomatisch nichts Neues, anatomisch als einzig konstante Befunde: Gastroenteritis, Ödem des Unterhautzellgewebes und das Vorhandensein von Mikroorganismen verschiedener Art (Streptokokken, Staphylokokken, Diplokokken) in der Unterhautzellgewebslymphe, viel seltener auch im Blut, nur in ganz vereinzelten Fällen auch in anderen Geweben. Bemerkenswerth ist, dass in den Kämmen einer größeren Zahl vergifteter Hähne nichts Gangränartiges gefunden wurde.

Wenn Verf. nun das ganze Vergiftungsbild mit dem der septischen Infektion vergleicht, so wird dabei doch übersehen, dass ein Theil der klinischen und anatomischen Erscheinungen auf Rechnung der Inanition zu setzen ist (die Thiere, denen Mutterkorn und seine Präparate aufgezwungen werden, verweigern mehr oder weniger die Nahrung und magern oft rapide ab), so wie dass die Temperatur normal bleibt, die Milzschwellung fehlt u. A. m.

Die Impfversuche betreffend, so wurde das erste Kaninchen mit Lymphe vom Ohr eines der Versuchsschweine am Ohr geimpft, die beiden anderen ebenfalls am Ohr, jedes mit Lymphe vom Ohr des vorher geimpften Kaninchens. Die 3 Thiere starben unter allen Erscheinungen der Sepsis; bei der Sektion bot sich das Bild der Pyämie mit zahlreichen käsigen Herden (die bekanntlich beim Kaninchen besonders leicht sich bilden, Ref.), wobei es an Mikrokokken und Bacillen in Lymphe, Eiter und Blut nicht fehlte.

Diese spärlichen und nicht einwandfreien Versuche dürften doch nicht ausreichen, um folgende Thesen des Verf. in dieser Allgemeinheit zu beweisen, dass

1) in Folge von Mutterkornfütterung in den Organen und Gewebssäften der bis dahin gesunden Thiere sich Mikroorganismen entwickeln, und dass

2) diese, auf andere Thiere durch Impfung übertragen, sich in ihnen vermehren und eine schwere Infektion bedingen.

In den Schlussbetrachtungen gedenkt Verf. der Fäulnisalkaloide und präcisirt den Standpunkt, welchen die Forschung in der Mutterkornfrage künftig einzunehmen habe, dahin: entweder 1) reichen chemisch reine, sterilisirte Ptomaine zur Hervorrufung des Ergotismus aus? dann wäre noch zu untersuchen, ob bei so vergifteten Thieren Mikroorganismen, deren biologische Eigenschaften festzustellen wären, in den Gewebssäften vorkommen; oder 2) werden mit dem Mutterkorn Mikroorganismen schon eingeführt? In diesem Falle wäre zu ermitteln, ob diese Krankheitserreger sich nur weiter im Organismus entwickeln oder ob durch die Mutterkorneinführung der Organismus nur so geschwächt wird, dass er dem Eindringen von Mikroorganismen keinen genügenden Widerstand mehr entgegensetzen kann. »Für diese letzte Annahme sprechen die konstanten Läsionen des Darmkanals, die eine Einwanderung seiner stabilen Einwohner in die Säftemasse erleichtern, die Verschiedenheit der in der Lymphe vorgefundenen Mikroorganismen, die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der septischen Infektion.« **Tuczek** (Marburg).

---

4. **S. Huguenin.** Contribution à l'étude de la myocardite infectieuse diphthérique.

(Revue de méd. 1888. No. 10. Oktober 10.)

Nach kurzem litterarischen Überblick, wobei er Leyden den Vorwurf macht, die Publikationen von Hayem unerwähnt gelassen zu haben, resumirt Verf. das Beobachtungsresultat Leyden's als das nennenswertheste bei diphtheritischer Myocarditis dahin: Intermuskuläre Kernvermehrung, Auftreten von Pigmenthaufen, atrophischen Herden und fettiger Entartung des Herzmuskels, die vielleicht nur den ersten Stadien der febrilen Periode angehören; ferner zahlreiche Ekchymosen und Muskelbrüchigkeit; Unversehrtheit der Nerven. Diesen Mittheilungen gegenüber setzt Verf. seine ganz im Sinne von Hayem gehaltenen, im Anschluss an einen zur Sektion gelangten Fall von infektiöser diphtheritischer Myocarditis angestellten Beobachtungen. Nach ihm besteht das Wesen dieser Erkrankung einmal in einer parenchymatösen und interstitiellen Entzündung, gefolgt von Degeneration; der entzündliche Process wird an der Muskelfaser selbst eingeleitet und charakterisirt durch Schwellung und Vermehrung der Kerne (Verf. sah Kerntheilungsfiguren); die Degeneration ist meist körnig, oft auch glasig. Das Perimysium zeigt Zellvergrößerung und Zellvermehrung, ferner die Bildung von Hayemschen Myoplasten, die gleichfalls der körnig-fettigen Entartung verfallen, das andere Mal findet Verf. charakteristisch für die diphtheritische Myocarditis die Veränderung an den kleinsten Arterien, Venen und Kapillaren, die Entarteritis proliferans und sieht in dieser eben so einen Ausdruck des diphtheritischen Processes, wie in der entzündlichen Affektion der Herzmuskelfaser selbst.

Rönick (Berlin).

---

5. P. Huguenin. Contribution à l'étude de la Myocardite infectieuse diphthérique.

(Revue de méd. 1888. No. 12. December 10.)

Verf. bestätigt durch die Untersuchung eines zweiten Falles von diphtheritischer Myocarditis, welcher intra vitam diagnosticirt zur Sektion gelangte, seine bereits früher (cf. oben) ausgesprochene Ansicht: das Wesen der Erkrankung ist nach ihm eine infektiöse Myocarditis; die Entzündung beginnt mit dem Auftreten großer Kerne, welche wieder mehrere kleinere Kerne von verschiedener Größe enthalten, innerhalb der Muskelfaser; diese Kerne werden oft breiter als die Muskelfaser, um sie herum ist fein granulirte Substanz, während die Querstreifung nur noch an den Enden der Faser erhalten ist. Auch die glasige Degeneration (Zenker) zeigt sich, doch seltener. Die Zellen des Perimysiums sind verdickt, abgerundet, im Perimysium sind die Hayem'schen Myoplasten theilweise im Zustande körniger Entartung sichtbar. Die kleinen Arterien bieten sämmtlich das Bild der Endarteritis obliterans. Die Untersuchung der Nerven ergab nichts Abnormes. **Rönik** (Berlin).

---

6. Robin (Paris). Über die Pathogenie und Therapie der Hämoglobinurie. (Aus der Société médicale des hôpitaux in Paris.)

(Wiener med. Blätter 1888. No. 38.)

Bereits früher hat R. der Ansicht Ausdruck gegeben, dass die Hämoglobinurie durch die Kombination zweier Processe entstehe: einmal die Ernährungsstörung (prädisponirendes Moment) und zweitens die eigentlich lokale Ursache, die Nierenkongestion. In einer Autopsie glaubt R. nun den Beweis erbringen zu können, dass die Nierenkongestion als die lokal wirkende Ursache der Hämoglobinurie anzusehen ist.

Der betreffende Krankheitsfall ist kurz gezeichnet folgender: Eine alte Frau fand wegen einer Ösophagusstriktur Aufnahme; sie litt zugleich an einer interstitiellen Nephritis. Wenige Tage nach der Aufnahme trat, wie R. glaubt, eine gastrische Urämie auf und bald darauf ein Anfall von Hämoglobinurie mit einer relativen Polyurie im Gefolge; der Anfall währte 48 Stunden. Nach einigen Tagen stellte sich eine Pneumonie ein, die am 8. Tage nach einem neuen Anfalle von Hämoglobinurie bei außerordentlicher Verminderung der Harnmenge zum Tode führte. Im ersten Anfalle fand sich kein Hämoglobin im Blutserum. Das Zusammentreffen der Hämoglobinurie mit der Herabsetzung der Nierenthätigkeit während des Anfalles deutet nach R. auf den renalen Ursprung der Hämoglobinurie hin und in Anbetracht der Koincidenz derselben mit einer plötzlichen Steigerung des Albumengehaltes des Harnes auf eine akute Nierenkongestion. Bei der Sektion der Pat. will R. den anatomischen Beweis für die akute Nierenkongestion haben finden können.

Warum die akute Nierenkongestion, die gewöhnlich nur Albuminurie und Hämaturie bedinge, in gewissen Fällen Hämoglobinurie bewirke, erkläre die herabgesetzte Ernährung in Folge mangelhafter Nahrungsaufnahme wie bei dieser Pat., oder allgemeine Ernährungsstörungen nach Lues, Malaria etc. Demnach glaubt R., dass die

verschiedenen Arten der Hämoglobinurie ätiologisch zusammengefasst werden können, während klinisch mehrere Varietäten unterschieden werden sollen. Die 1. Gruppe, welche immer auf der renalen Kongestion und der allgemeinen Ernährungsstörung beruht, umfasst die paroxysmale Form, die »praenephritische«, welche gewöhnlich mehrere Tage dauert und in den meisten Fällen nur den ersten Akt einer akuten Nierenkongestion bildet, die zu einer veritablen Nephritis führen kann; ferner die »postnephritische«, die im Verlauf einer alten Nierenentzündung sich einstellt. Die 2. Gruppe bedarf nicht zweier pathologischer Faktoren, sondern hier langt einzig und allein die verminderte Widerstandsfähigkeit der rothen Blutzellen; das durch toxische Wirkung etwa gelöste Hämoglobin filtrirt durch die Glomeruli oder die Stäbchenzellen der Tubuli contorti vermittels seiner exosmotischen Eigenschaften; die etwa gefundenen Nierenveränderungen sind hier stets sekundärer Natur. Für die Therapie hebt R. hervor, dass, abgesehen von der Besserung der allgemeinen Ernährung, das Augenmerk hauptsächlich darauf zu lenken sei, dass jeder Reiz für die Nieren in Speise und Trank, in Lebensweise und Kleidung ferngehalten werden müsse. In wie weit sich diese Erörterungen R.'s mit unseren Begriffen über das Wesen der paroxysmalen Hämoglobinurie, welche wir Lichtheim verdanken, decken, lässt sich am besten übersehen aus des Ref. letzter Veröffentlichung (J. Prior, Beitrag zur Lehre von dem Wesen der paroxysmalen Hämoglobinurie; Münchener med. Wochenschrift 1888 No. 30—32), welche das Bekannte zusammenfasst und Neues hinzufügt.

Prior (Bonn).

---

7. G. Klemperer. Über die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 47.)

Während die Sekretionsverhältnisse im normalen und kranken Magen in den letzten Jahren aufs eifrigste studirt sind, fehlte es bisher an einer exakten Methode den Antheil der motorischen Thätigkeit des Magens zu bestimmen. Die zu diesem Zwecke vor Kurzem von Ewald angegebene Salolmethode fand K. zwar manchmal geeignet, doch nicht in allen Fällen zuverlässig. K. kam daher auf den Gedanken, einen Nährstoff zu wählen, der im Magen überhaupt nicht resorbirt wird, und hielt zu diesem Zwecke insbesondere die flüssigen Fette für geeignet. Es wurden zu dem Behuf in den leeren Magen 100 g Öl gegossen, nach 2 Stunden wird der Mageninhalt aspirirt, wiederholt mit Wasser bis zum klaren Abfluss ausgespült, die aspirirten Flüssigkeiten vereinigt, im Scheidetrichter getrennt. Das zurückbleibende, noch schleim- und wassergetrübte Öl wird mit Äther aufgenommen, der Äther verdunstet, das zurückbleibende reine Öl gewogen. Die Menge des so erhaltenen Öls bildet den Ausdruck für die motorische Kraft des Magens. An der Hand dieser allerdings mehr für wissenschaftliche Untersuchungen,

als für die Praxis geeigneten Methode hat K. bei Gesunden und Kranken das Verhalten der Peristole sorgfältig studirt. Er kommt zu dem Resultate, dass der Abfluss aus dem Magen nicht rhythmisch, eben so wenig auch von dem Säureverhalten abhängig, sondern allmählich erfolgt. Dagegen kann eine Erhöhung des Säuregehaltes den natürlichen Abfluss hemmen. Als Normalzahl des verschwundenen Öls ergab sich (bei 100 g) bei Gesunden 70—80 nach 2 Stunden.

Der Verf. hat ferner sein Verfahren bei einer großen Zahl Magenkranker verschiedener Art und Schwere angewendet. Davon sind 13 chronische Magenkatarrhe; von diesen zeigten alle beim Eintritt in das Krankenhaus starke Herabsetzung der motorischen Kraft, während sich dieselbe nach einer im Wesentlichen exspektativen resp. roborirenden Kost merklich hob. Gleichzeitig verloren sich die subjektiven Beschwerden. K. ist daher geneigt, als das Vorwiegende bei den chronischen Dyspepsien in der »fortwirkenden Noxe« die nervösen Apparate im Magen anzusehen. Eine ähnliche Abschwächung der motorischen Kraft sah K. bei nervösen Dyspepsien im weiteren Sinne. Auch bei den vom Verf. beobachteten Carcinomen (4 Pylorus-, 9 Cardiacarcinome) war die motorische Kraft gleichfalls geschwächt, ohne aber irgend welche specifische durch das Neoplasma bedingte Einflüsse zu zeigen. Im Ganzen findet also Verf. bei einer großen Reihe dyspeptischer und nervöser Alterationen des Magens eine erhebliche Beeinträchtigung der motorischen Kraft, die mit dem Schwinden der subjektiven Klagen anwächst. Für die Praxis dürfte statt des Ölverfahrens die Prüfung des Rückstandes nach einer vom Verf. angewendeten Probemahlzeit (bestehend aus ½ Liter Milch und 2 Weißbrötchen) ausreichen.

Therapeutisch hat Verf. den Einfluss des Alkohols und der Amara auf die Bewegungen des Magens studirt, verdünnter Alkohol so wie Strychnin zeigten Beförderungen der Peristole. Im Übrigen ist K. bezüglich der medikamentösen Behandlung Skeptiker und steht auf dem Standpunkt, dass eine Reihe von Besserungen wesentlich auf Suggestion zu setzen sind. Am meisten Berücksichtigung verdient ein rationelles Ernährungssystem, wie es besonders von Leyden formulirt worden ist.

Boas (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

5. E. de Renzi. Rapporti fra la pressione, la febbre e l'assorbimento nei processi infiammatorii.

(Rivista clin. e terap. 1888. No. 7.)

In einem Falle von linksseitigem Empyem bei einem 40jährigen Manne wurden nach der Thoracocentese, bei welcher 900 ccm eitrigen Exsudates sich entleerten, zwei Erscheinungen beobachtet, welche de R. als Ausdruck der engen Beziehungen auffasst, die ganz allgemein zwischen dem Druck in entzündlichen Herden und der Körpertemperatur, so wie den Resorptionsvorgängen aus jenen Herden bestehen: 1) sank die fieberhaft erhöhte Körpertemperatur nach der Entleerung des Exsudates

um ein Bedeutendes, blieb mehrere Tage lang niedrig, um mit der allmählichen Wiederansammlung neuen Exsudates aufs neue zu steigen; 2) erschien am 2. Tag nach der Operation Pepton im Harn, welches vorher fehlte, und verschwand dann wieder mit erneutem Anwachsen des Empyems. Über den zeitlichen Verlauf dieser Erscheinungen giebt die nachstehende Tabelle Aufschluss:

Tag der Operation	Temperaturen			Pulszahl		Athmungsfrequenz		Urin
	Minima	Media	Maxima	Morgens	Abends	Morgens	Abends	
1	86,8	37,8	40,3	88	130	23	26	kein Pepton
2	36,8	37,2	37,4	96	110	20	25	Spuren von Pepton
3	37,5	37,7	38,0	93	100	22	26	deutliche Reaktion
4	37,0	37,0	37,1	90	100	23	27	» »
5	37,5	38,1	38,7	92	110	26	30	kein Pepton
6	37,8	38,2	39,0	100	130	24	29	» »
7	37,5	38,2	39,1	98	122	30	35	Spuren
8	37,8	38,5	39,1	103	130	32	35	kein Pepton
9	37,9	38,3	38,7	100	122	30	36	» »
10	37,8	38,8	39,3	110	134	31	35	» »
11	38,2	38,5	38,8	109	130	32	35	» »

Verf. bringt weiterhin eine Anzahl von anderen Beispielen, welche die bekannte Entstehung von Fieber aus geschlossenen Eiterherden beleuchten.

G. Sticker (Köln).

9. A. Russo. Sulla eliminazione del fenolo delle urine.

(Rivista clin. e terap. 1888. Oktober.)

R. bestimmte bei 30 an verschiedenen Krankheiten Leidenden die tägliche Phenolausscheidung im Harn. Er verfuhr dabei in der Weise, dass er im Destillate von dem mit Salzsäure stark angesäuerten Harn das Phenol mit Bromwasser unter Vermeidung eines Überschusses fällte; das gefällte Tribromphenol wurde getrocknet und gewogen. Als die größte tägliche Phenolausscheidung bei Pat., die weiter keiner besonderen Behandlung unterworfen waren, beobachtete R. einmal 0,225 g. Bei an Lungentuberkulose Leidenden fehlte das Phenol entweder im Urin oder war sehr spärlich.

Krankheiten der Verdauungswege vermehrten die tägliche Phenolausscheidung nur dann, wenn sie zu einer Stockung des Darminhaltes führten. Als eine seit 4 Tagen bestandene Obstipation durch Ricinusöl gehoben war, verschwand auch das Phenol aus dem Urin. Andere Magen-Darmerkrankungen hatten keinen Einfluss auf die tägliche Phenolausscheidung. Dieselbe war bei 6 Pat. mit Ileotyphus, bei 4 derselben etwas über dem durchschnittlichen Mittel, bei 2 darunter. Bei 3 Fällen von gewöhnlicher Lebercirrhose ohne Ikterus fehlte das Phenol beständig Bei Diabetes mellitus fand sich die größte tägliche Phenolausscheidung, dagegen war bei 1 Falle von Diabetes insipidus keine Reaktion auf Phenol zu erhalten.

Nach Eingabe von Naphthol stellte sich eine deutliche Vermehrung des ausgeschiedenen Phenols ein.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

10. Afanasjew. Zur Pathologie der Addison'schen Krankheit.

(Wratsch 1888. No. 32 u. 33.)

A. beobachtete einen 22jährigen Soldaten, welcher akut in 14 Tagen an Morbus Addisonii erkrankte und starb. Nebennieren erheblich vergrößert, mit quarkähnlicher Masse erfüllt, die reichlich Tuberkelbacillen erhielt. Bei genauer mikroskopischer Untersuchung der Haut zeigte sich in den Epithelzellen des Rete ein zimmtbraunes Pigment, dessen Menge nach oben ab-, nach unten zunahm, es war stets körnig, die Körnchen nach unten größer werdend. In der Drüsenschicht verzweigte Bindegewebszellen, massenhaft mit Pigment erfüllt; die durch dasselbe leicht kenntlichen Bindegewebszellen streckten Ausläufer bis ins Epithel und um-

gaben in dichtem Netz die Gefäße. Ausgetretene rothe Blutkörperchen, Stücke von solchen, Hämatoidinkrystalle waren nicht vorhanden (anders wie Riehl). Das Pigment gab nicht die Eisenreaktion nach Perls. Hautgefäße enorm verengt, Kapillaren spaltförmig mit dicken, hyalin entarteten Wandungen, auch Andeutung von Amyloid. Auch in größeren Gefäßen Intima sehr dick, Media und Adventitia massenhaft von Zellen (mit Pigment) und Kernen durchsetzt. Doch wurde nur ein Thrombus gesehen. Dagegen Pigmentkörnchen frei im Lumen der Gefäße und in den Endothelien. Verf. nimmt an, dass das Pigment, irgend wo gebildet, in Folge der entzündlichen Veränderungen der Hautgefäße hier massenhaft in die Haut gelange und durch Wanderzellen weiter bis in die Epithelien komme, nach dem von Äby u. A. aufgestellten Schema. **Hoffmann** (Leipzig).

11. **P. Strübing.** Über heterologe Nierenstrumen. Ein Beitrag zur klinischen Diagnostik der Nierengeschwülste.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XLIII. p. 599.)

Verf. erörtert an der Hand eines ausführlich beschriebenen und zur Sektion gelangten selbst beobachteten Falles und unter Zugrundelegung von 4 anderen Fällen (Rudolphi, Klaatsch, Helferich, Leopold), die gleichfalls anatomisch untersucht worden sind, die Schwierigkeiten, welche die von Grawitz zuerst genau definirten Nierenstrumen in klinisch-diagnostischer Beziehung bieten. Im Großen und Ganzen theilen die Nierenstrumen die Eigenschaften der anderen malignen Nierentumoren, doch lassen sich einige unterscheidende Merkmale mit Sicherheit bestimmen. Charakteristisch ist für die Nierenstrumen die Bildung großer Cysten mit blutigem und fettigem Inhalt. Der Urin ist meist frei von abnormen Bestandtheilen; er kann aber zeitweise Cysteninhalt und erweichtes Gewebe mit sich führen. Auch beide Nieren können Sitz der Neubildung sein. Je nach dem Grade, in welchem das sekretorische Parenchym der Niere betheiligt ist, werden die durch Niereninsufficienz bedingten Störungen im Organismus sich einstellen. Therapeutisch kommt nur die Totalexstirpation der erkrankten Niere in Betracht und zwar soll diese mit Rücksicht auf die Fähigkeit der Nierenstrumen zur Metastasenbildung, wenn die andere Niere gesund ist, möglichst frühzeitig vorgenommen werden. Punktion der Cysten will Verf. nur zu diagnostischen Zwecken gestatten.

M. Cohn (Berlin).

12. **G. Kobler.** Ein Fall von angeborenem Mangel der Musculi pectorales der rechten Seite. (Aus der medicinischen Abtheilung des Prof. v. Schrötter im k. k. allgem. Krankenhause.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 35.)

Dieser, der Beobachtung von Fraenkel und Kahler sich anreihende, als Beitrag zur Kasuistik willkommen geheißene Fall schließt sich der Mehrzahl solcher Defekte an, in so fern, als es sich um das Fehlen der Sternocostalportionen des Pectoralis major und minor handelte. Die funktionellen Störungen sind gering; die Mm. cucullaris und serratus sind nicht vikariirend hypertrophisch. Die faradische Reizung zeigte entsprechend dem Muskeldefekte keine Reaktion, die Intercostales reagirten erst auf starke Ströme (25 Milliampères) und wurde bei jeder Kontraktion der Intercost. ext. die nächst untere Rippe gehoben. Die elektrische Erregbarkeit der übrigen Körpermuskulatur war normal. Dieser Fall bot Gelegenheit, die Funktion der Mm. intercostales zu beobachten. Während Ziemßen konstatirte, dass bei ruhiger Respiration im Beginne der Einathmung ein leichtes Einsinken der Intercostalräume zu bemerken ist, das in der zweiten Hälfte der Inspiration durch aktive Kontraktion der Intercostales wieder ausgeglichen wird, dass ferner bei der Exspiration diese Muskeln erschlaffen und namentlich bei gesteigertem intrathorakalem Drucke als hervorgewölbte Wulst gesehen und gefühlt werden, sah Verf. an seinem Pat., der in Folge einer vorgeschrittenen Lungenphthise nur forcirte Respirationen darbot, dass gleich im Beginne der Inspiration ein Einsinken der Zwischenrippenräume eintrat, das während der Dauer der Einathmung sich steigerte. Mit dem Beginne der Exspiration kehrten die Intercostalräume wieder zum Niveau der Rippen zurück, um darin während der ganzen Exspirationsphase zu

bleiben. Was die Hervorwölbung der Intercostalräume in der Exspiration (nach Ziemßen) anbetrifft, so neigt Ref. der Ansicht Fraenkel's zu, welcher dieselbe auf eine bestehende Atrophie der Mm. intercost. bezieht. Mit Hinsicht auf die Funktion der Mm. intercost. glaubt Ref., dass bei verschiedenen Individuen der Respirationstypus in verschiedener Weise abläuft, indem die einzelnen auxiliären Hilfsmuskeln verschieden intensiv in Anspruch genommen werden.

Rosnik (Berlin).

13. **Schmaltz.** Zur Kasuistik und Pathogenese der angeborenen Herzfehler.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 45.)

Bei einem 7jährigen Knaben, dessen Vater und Großmutter väterlicherseits mit Herzfehlern behaftet waren, bestand eine hochgradige, von Geburt an beobachtete Cyanose, Trommelschlägelfinger, Dyspnoe bei Anstrengungen, leichte Stauungserscheinungen von Seiten der Nieren, und am Herzen eine geringe Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels neben einem lauten rauhen systolischen Geräusch über dem ganzen Herzen, das aber am lautesten im linken 2. Intercostalraum gehört wird. Der zweite Pulmonalton ist sehr leise, der zweite Aortenton wesentlich lauter, Puls ist regelmäßig, ziemlich kräftig aber klein, 128 in der Minute. Verf. nimmt einen kongenitalen Herzfehler an, bei dem es sich wahrscheinlich um eine Stenose des Ostium pulmonale handelt. Zwar fehlt die Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels; aber wenn, wie er im vorliegenden Falle glaubt, ein Defekt im Septum atriorum vorliegt, so bildet sich eine koncentrische Hypertrophie des rechten Ventrikels aus, mit Hypertrophie des linken. Ob auch ein Defekt im Septum ventriculorum vorhanden, ist nicht zu entscheiden, doch fehlen alle dafür sprechenden Anhaltspunkte.

Im Anschluss hieran bespricht Verf. ausführlich die Anschauungen von Rokitansky und His über die Entwicklungshemmungen des Herzens und namentlich die Differenzen beider in der Lehre von der Bildung der Herzscheidewand und die Bedeutung des sog. Septum intermedium. Näheres darüber ist im Original nachzusehen.

Markwald (Gießen).

14. **K. Foltanek.** Ein Fall von Endocarditis ulcerosa. (Aus der Klinik des Prof. Widerhofer.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 36 u. 37.)

Es handelt sich um ulceröse Endocarditis an der Mitralis eines 9jährigen Kindes mit nachfolgender eitriger Gehirn-Rückenmarkshautentzündung; Diagnose durch die Sektion bestätigt. Bei der bakteriologischen Untersuchung zeigten sich in den Vegetationen der Mitralis Staphylokokken und Streptokokken, während in den Meningen nur erstere nachzuweisen waren. Mit Berücksichtigung von 7 früheren, von verschiedenen Beobachtern publicirten Fällen von Endocarditis ulc. bei Kindern konstatirt Verf., dass die Erkrankung nur einmal die rechte Herzhälfte betraf; was die Ätiologie anbelangt, so fehlen nach ihm bei Kindern die bei Erwachsenen nicht seltenen sekundären, im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten (Pneumonie, Pyämie etc.) auftretenden Formen; es sind vielmehr primäre Erkrankungen, als Theilerscheinung eines akuten Gelenkrheumatismus und Chorea; oder die Erkrankung entwickelt sich, wie es ja auch bei Erwachsenen am häufigsten ist, auf dem Boden einer alten Klappenaffektion. Auch die im Kindesalter auftretende Endocarditis ulc. ist mykotischer Natur; ihr Symptomenkomplex wechselt je nach der Verschiedenheit der Komplikationen. Für die Diagnose, welche leicht eine Verwechslung mit Ileotyphus oder Pyämie zulässt, ist beachtenswerth: einmal das Auftreten von Schüttelfrösten im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus, besonders bei einem Kinde mit einem alten Herzfehler, wenn plötzlich hochgradige Insufficienz einer Klappe auftritt; ferner der Beginn der Erkrankung bei einem chronischen Herzfehler unter typhösen oder pyämischen Erscheinungen; ferner kontinuirlich hohe Temperaturen im Beginne. Der intermittirende Charakter des Fiebers kam bei Kindern bisher nicht zur Beobachtung; schließlich Zeichen von Embolien in den inneren Organen.

Rosnik (Berlin).

15. **R. Demme.** Über das Auftreten von Geistesstörungen nach akuten Infektionskrankheiten bei Kindern.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 52. p. 1648 ff.)

Ein geistig und körperlich gut entwickelter Knabe, 7½ Jahre alt, der nicht belastet war, erkrankte an einer doppelseitigen Parotitis, welche normal verlief; es fiel den Pflegeeltern auf, dass die Sprache des Knaben lallend wurde, dass seine Auffassungskraft schwand und er mit blödem Gesichtsausdruck vor sich hin stierte. Die Untersuchung zeigte bald literale Dysarthrie, bald Silbenstolpern; der Knabe drückte sich den kindlichen Sprachanfängen entsprechend ohne Artikel und Fürwörter aus; 3 Wochen später ist der Zustand derselbe, der Knabe macht vollkommen den Eindruck eines sehr beschränkten, fast blödsinnigen Kindes; Lesen und Schreiben ist unmöglich. Im Ganzen 6—7 Wochen nach Beginn der Erkrankung trat eine allmähliche Änderung ein, der Knabe wurde fröhlicher, er machte Schreibübungen etc., so dass er nach 3 weiteren Wochen etwa vollkommen gesund erschien. 4 Monate später erkrankte der Knabe an einer Diphtheritis mit leichter Gaumenlähmung und auch hier trat das Bild des akut sich entwickelnden Schwachsinnes auf; die Dauer dieses Anfalles von Halbidiotismus nahm 3 Monate in Anspruch.

Im Anschluss hieran berichtet D. von einer Pat., bei welcher im Gefolge von Masern nach der Abschuppung hartnäckiges Stottern, Bettnässen und Schwachsinn auftrat; erst ganz allmählich verloren sich diese Symptome. D. vermuthet, dass durch die Infektionskrankheiten lokalisirte Ernährungsstörungen einzelner centraler Gebiete geschaffen wurden. **Prior** (Bonn).

16. **Merklen.** Contribution à l'étude de l'albuminurie intermittente périodique.

(Arch. génér. de méd. 1888. Bd. II. p. 140.)

Verf. beschreibt 3 Fälle intermittirender (cyklischer) Albuminurie. Die Fälle unterscheiden sich in nichts Wesentlichem von den bisher bekannt gewordenen: Periodische Schwankungen des Eiweißgehaltes im Laufe von 24 Stunden, Perioden mit relativ starkem Eiweißgehalt, Perioden mit völliger Abwesenheit des Albumen im Harn lösen einander ab; das Maximum des Eiweißgehaltes trat auf zwischen 10 Uhr Morgens und 4 Uhr Nachmittags; der eiweißhaltige Urin ohne jede Formelemente aus der Niere, kein anderes Zeichen am Körper für Nephritis sprechend; allgemeines Wohlbefinden. Über die letzte Ursache der Störung stellt Verf. einige Betrachtungen an, die über das schon früher Gesagte und Gekannte nicht hinausführen; als Gelegenheitsursache wird für die vorliegenden Fälle »Bewegung und aufrechte Stellung des Körpers« vom Verf. wahrscheinlich gemacht.

(Es ist das bekanntlich eine Deutung, welche von einer großen Anzahl von Autoren gegeben worden ist. Die Deutung ist aber nicht ohne Weiteres zulässig, worauf Ref. früher schon zu wiederholten Malen aufmerksam gemacht hat. Denn es ist doch sehr seltsam, dass »Bewegung und aufrechte Stellung des Körpers« bei Individuen, die zur Albuminurie »disponirt« sind, in den Stunden von 10—4 Uhr am Tag Eiweißharnen erzeugen kann, in den Abendstunden dagegen nicht oder doch in sehr beträchtlich geringerem Grade. Auch Verf. kommt über diese Schwierigkeit nicht hinweg. Ref.) **von Noorden** (Gießen).

17. **E. H. Kisch** (Marienbad-Prag). Zur Kasuistik des lipogenen Diabetes.

(Internationale klin. Rundschau 1888. No. 52.)

K. berichtet kurz über 4 Fälle von Diabetes, den er, wie in schon früher beobachteten, als Folgeerscheinung der Lipomatosis universalis ansieht. Beiden Zuständen scheint K. eine hereditäre, abnorme Beschaffenheit der Gewebszellen zu Grunde zu liegen, wodurch Fett ungenügend verbrannt, resp. Zucker nicht vollends fermentirt und oxydirt wird und sich eine der beiden Stoffwechselerkrankungen oder — nach K. in der Hälfte der Fälle hochgradiger Lipomatosis universalis — beide zeitlich nach einander entwickeln. Bei erworbener Lipomatosis (Fettmästung) glaubt K. nur in 15% einen solchen Übergang gesehen zu haben. Die Lipomatosis

erzeugenden Diätfehler disponiren auch zu Diabetes und außerdem vermindert die Durchwachsung der Muskeln mit Fett auch die Fähigkeit derselben, Zucker in Glykogen zu verwandeln. **K. Bettelheim** (Wien).

18. H. Rosin. Über das Sekret des nüchternen Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 47.)

R. bemängelt die bisherigen Methoden der Mageninhaltsuntersuchung theils wegen der hierbei bestehenden komplicirten Verhältnisse, theils wegen der sich ergebenden Ungenauigkeiten. »Die Untersuchungen müssen vielmehr unter den allereinfachsten Bedingungen geführt werden, in welche die Magensekretion überhaupt versetzt werden kann. Den Ausgangspunkt der Untersuchungen muss daher der nüchterne Magen bilden, in den die allereinfachsten Nährstoffe gebracht werden müssen. Aus einer eingehenden Analyse dieser Ingesta könne man zu einer brauchbaren Sekretions- und Verdauungstheorie gelangen. Diese Untersuchungsform setzt aber die Kenntnis des Verhaltens des nüchternen Magens voraus, das R. in vorliegender Abhandlung an einer Reihe theils gesunder, theils kranker, aber nicht an Verdauungsstörungen leidender Individuen geprüft hat.

Das Facit der Untersuchungen, deren Details ohne wesentliches Interesse sind, gipfelt in dem Nachweis, dass der nüchterne Magen in den meisten Fällen freie Salzsäure, so wie Pepsin und Labferment enthält. Die Mengen des nüchternen Sekretes schwankten zwischen 3 und 10 ccm. **Boas** (Berlin).

19. A. Peyer. Beiträge zur Kenntnis der Neurosen des Magens und des Darmes. (Kasuistische Mittheilungen über krankhaftes Hungergefühl, Heißhunger, Ochsenhunger [Bulimie, Kynorexie]).

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1888. Oktober 15.)

P. berichtet über einen Fall von akuter Bulimie, welche sich bei einer sonst gesunden Frau in Folge heftiger Aufregungen entwickelte und in einem »krampfartigen Gefühl von Elendsein«, in intensivem bohrendem, schmerzhaftem Hungergefühl äußerte, das durch Zufuhr von übergroßen Nahrungsmengen kaum beschwichtigt wurde. Einen Tag darauf vollkommenes Wohlbefinden. Die chronische Form der Bulimie, ist ausgezeichnet durch ein kurze Zeit nach dem Essen wieder auftretendes, von Schmerzen begleitetes Hungergefühl. Wird der Hunger nicht gestillt, so können sich schmerzhafte alarmirende Zufälle ereignen, die unter Umständen selbst einen collapsartigen Charakter tragen können. Ref. hat 4 derartige Fälle beobachtet, bei dreien war Bulimie das Symptom einer Allgemeinneurose, nur in einem Falle schien sie selbständig aufzutreten. Als Ursachen des Heißhungers sieht P. an: anhaltende Erregung des Nervensystems durch Kummer und Sorge, Erschöpfungszustände des ganzen Körpers und des Nervensystems, allgemeine erbliche Neurasthenie oder Hysterie. Die Therapie soll das zu Grunde liegende Leiden berücksichtigen und muss außerdem eine roborirende sein, außerdem kommen die Eisenpräparate in Betracht. Dr. Guipon empfiehlt den lange fortgesetzten Genuss von rohem geschabten Fleisch. Im Anfalle selbst empfiehlt sich die Darreichung von einem bis mehreren Gläsern starken Weines oder schweren Bieres.

Boas (Berlin).

20. E. Germonig (Triest). Über primäre infektiöse Phlegmone am Larynx.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 36. p. 737.)

Verf. berichtet über einen Fall von primärer infektiöser Larynxphlegmone, der sich den jüngsten Publikationen Senator's und Landgraf's anreiht. 37jährige, kräftige, gut genährte Frau erkrankte akut unter Fieber (39°) und starken Schluckbeschwerden; Sprache heiser. Während sämmtliche Organe normal waren, ergab die laryngoskopische Untersuchung: die Epiglottis enorm geschwollen und gleichsam in zwei über bohnengroße Wülste verwandelt, in deren jeder Mitte ein gelblicher eiterähnlicher Pfropf hervorragt; die Wülste machen den Eindruck eines aufgegangenen Atheroms. Die aryepiglottischen Falten sind ödematös geschwollen; Stimmbänder normal im Aussehen und frei in ihren Bewegungen. In den folgen-

den Tagen trat beiderseitige eitrige Pleuritis hinzu, am 3. Tage erfolgte der Tod unter Erhaltung des Bewusstseins bis zum letzten Augenblick. Der Sektionsbefund bestätigte die auf primäre phlegmonöse Laryngitis mit nachfolgender Pyämie gestellte Diagnose: Die Schleimhaut des Mundes, des ganzen Pharynx und des Glottiseinganges von dunkelblauer Farbe. Die Epiglottis stark verdickt (1 cm dick), namentlich im oberen Abschnitte, wo zwei Eiterherde durchschimmerten, der eine offen, der andere bedeckt von einer dünnen Schleimhautschicht. Beim Einschneiden zeigte sich an beiden Punkten ein grünlicher, dicker Eiter, welcher das ganze submuköse Gewebe des Kehldeckels bis zum Knorpel durchsetzte. Sonst im Larynx nichts Bemerkenswerthes außer Röthung. Reichliches eitriges Exsudat in beiden Pleurahöhlen, fibrinös-eitriges Exsudat im Pericardialsacke; Schwellung der Leber, Milz, Nieren. Die bakteriologische Untersuchung fehlt leider. Aus der Anamnese ist bemerkenswerth, dass Pat. glaubte, sich ihr Leiden in Folge Reinigens des Fußbodens mehrerer Zimmer zugezogen zu haben.

Roenick (Berlin).

21. **S. Goldflam** (Warschau). Über die Ungleichheit der Kniephänomene bei Tabes dorsalis.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 19 u. 20.)

Verf. konstatirte an der Hand von 7 Beobachtungen unter 64 Tabikern Ungleichheit der Kniephänomene, bezw. der Achillessehnenphänomene, welche bei verstärkten (Fall III), so wie auch bei geschwächten Sehnenphänomenen auftreten kann. Die Mehrzahl dieser Pat. befanden sich im präataktischen Stadium einer zweifellos festgestellten Tabes. Die Ungleichheit der Sehnenphänomene ist ein vorübergehendes Symptom und geht ziemlich rasch, in einigen Monaten, in das Fehlen der Sehnenreflexe über; in so fern kann die Ungleichheit der Kniephänomene als ein diagnostisches Zeichen verwerthet werden, das frühzeitig die Diagnose erhärtet; freilich ist es nicht pathognomonisch für die Tabes, weil es sich auch bei anderen Krankheiten des Nervensystems vorfindet. Das Jendrassik'sche Verfahren vermag die Ungleichheit der Kniephänomene auch dort, wo bei gewöhnlichen Untersuchungsmethoden ein Fehlen des Kniephänomens auf einer Seite vorhanden ist, hervorzurufen. Das Übergehen aus dem normalen Sehnenreflex in das Ungleichwerden und Fehlen desselben ergiebt das Phänomen des ungleichmäßigen Auftretens des Kniereflexes auf einer Seite, worüber bei Tabes bisher Angaben fehlen.

J. Ruhemann (Berlin).

22. **Schmaus.** Zur Kenntnis der diffusen Hirnsklerose.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. Hft. 1. Mit 1 Taf.)

Ein Fall von ganz enormer Atrophie des Großhirns, besonders der Windungen, in Folge von diffuser Sklerose. Das Gehirn des $3^3/_4$jährigen Kindes wog nur 340 g (statt 1020 g); die Großhirnrinde wurde einer sorgfältigen Untersuchung unterworfen, die nur leider wegen der Alkoholhärtung die Nervenfasern unberücksichtigt lassen musste; es fand sich: sehr bedeutende Entwicklung der interstitiellen Substanz mit ziemlich reichlicher Bildung von Mastzellen, keine Veränderungen der Gefäßwände und der Ganglienzellen.

Aus einem Vergleich mit analogen Befunden anderer Autoren ergiebt sich, dass die diffuse Hirnsklerose eine chronische interstitielle Entzündung darstellt, bald mit vorwiegender Betheiligung der Gefäßwand, bald des interstitiellen Bindegewebes mit Ausgang in Narbenbildung. Wenn der Process lange genug dauert, so treten auch an den Ganglien anatomische Veränderungen auf.

Im Rückenmark fand sich neben diffuser Sklerose der Vorderseitenstränge, so wie einer Randsklerose von der verdickten Pia aus: eine kombinirte Strangsklerose der Pyramidenseitenstrang- und Kleinhirnseitenstrangbahn bei völlig intakter grauer Substanz.

Das Krankheitsbild entsprach dem Befund und dem auch sonst bei der diffusen Sklerose beobachteten Symptomenkomplex: Entwicklung des Kindes während der ersten $1^1/_2$ Lebensjahre normal, dann epileptische Krämpfe, Fieber, psychische Störung, Tremor, Nystagmus; es bildete sich spastische Lähmung aller Extremi-

täten mit Kontrakturstellung heraus, Facialis- und Augenmuskellähmung, Sprach- und Schlingstörung, träge Pupillenreaktion, Incontinentia urinae et alvi.

Tuczek (Marburg).

23. P. Moscato. Sull' intossicazione chinica.

(Rivista clin. e terap. 1888. Oktober.)

M. beschreibt in dieser Mittheilung 2 Fälle von paradoxer Wirkung des Chinins, wie solche zuerst durch Prof. Tomaselli in Catania bekannt gemacht wurden. Bei den Kranken Tomaselli's stellte sich 3—6 Stunden nach der Einnahme des Chinins Schüttelfrost ein, das Gesicht wurde blass und bedekte sich mit kaltem Schweiß; in der Nierengegend wurden drückende Schmerzen empfunden und gallig gefärbte Massen wurden anhaltend erbrochen. Gleichzeitig war die Temperatur in der Achselhöhle bisweilen bis auf 42° C. gestiegen, betrug aber nie unter 39,5° C. Gegen Ende dieses ersten Stadiums, welches ungefähr 1—3 Stunden dauerte, stellte sich Hämaturie ein, welche nach Ausweis des Mikroskops durch Hämorrhagien innerhalb der Nieren veranlasst war. Sehr oft gesellte sich hierzu auch noch eine ikterische Färbung der ganzen Oberfläche des Körpers.

In dem ersten Falle M.'s hatte ein 19jähriger Mann gegen Intermittens tertiana das Chinin schon mit gutem Erfolge genommen. Da er später in einer sehr malariareichen Gegend sich aufhielt, bekam er ein Recidiv; bei der neuerlichen Medikation von Chinin stellte sich die paradoxe Wirkung des Chinins sogleich ein, denn der Pat. bekam kontinuirliches Fieber mit Hämaturie und Ikterus. Das Erscheinen der Hämaturie ging strikte parallel mit dem Gange des Fiebers. Durch eine zweite Chinindose rief M. nochmals dieselben Erscheinungen hervor, nahm aber von weiteren Versuchen mit Chinin wegen der Schwere der Symptome Abstand. Der zweite Fall M.'s betraf eine 60jährige Frau, bei der ebenfalls die erste Malariaerkrankung wirksam und ohne unangenehme Nebenwirkungen von Chinin bekämpft wurde; erst bei dem Recidiv der Malaria reagirte der Organismus auf das Chinin in der perversen Weise mit Fieber, Hämaturie und Ikterus. Auch bei dieser Pat. überzeugte sich M. durch Wiederholung der Chininmedikation in den geeigneten Intervallen zwischen den Intermittensanfällen, dass es nur das Chinin sein konnte, welches diese stürmischen Krankheitssymptome veranlasste.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

24. Hammerle. Über einen Fall von vorübergehendem Verlust des Sehvermögens durch innerlichen Gebrauch von Opiumtinktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 41.)

Bei einem an Bleikolik leidenden 30jährigen Arbeiter hatte H. Opiumtinktur 3—4mal 2stündlich je 15 Tropfen gegen die heftigen Kolikschmerzen und die Obstipation verordnet. Unvernünftigerweise hatte aber die Frau des Pat. demselben über Nacht innerhalb 12 Stunden 15,0 g Tct. opii simplex eingegeben. Am folgenden Vormittag sah H. den Pat. zwar nicht vollständig in Narkose, aber in hohem Grade benommen, Puls 120, das Gesicht blauroth, die Pupillen bis fast zu Stecknadelkopfgröße verengt und fast völlig reaktionslos. Im Laufe des Vormittags trat eine rasche Verdunkelung des Gesichtsfeldes ein, welche in vollständige Erblindung überging, die erst am dritten wieder zu weichen anfing; am 4. Tag nach der Vergiftung war das Sehvermögen und die Pupillarreaktion wieder wie vor der Vergiftung. H. glaubt diese Amaurose auf einen Arterienkrampf zurückführen zu sollen, der bei dem ohnehin schon anämischen Manne zu einer so lange anhaltenden Netzhautanämie geführt habe. Der ophthalmoskopische Befund während der Vergiftung wird nicht mitgetheilt.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 4. Mai.** **1889.**

Inhalt:

1. H. Lorenz. Untersuchungen über den Bürstenbesatz und dessen Bedeutung an normalen und pathologischen Nieren.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 5 u. 6.)

2. Hansemann. Bemerkungen im Anschluss an diese Arbeit.

(Originalmittheilung.)

L. hat genaue und sehr sorgfältige Untersuchungen über den schon vielfach beschriebenen Bürstenbesatz angestellt und dadurch weitere Klarheit in dessen Bedeutung und Verhalten unter verschiedenen Bedingungen gebracht. Die von ihm angewandte Färbemethode mit Indulin erleichterte ihm die Untersuchung. Er wies hierdurch den Bürstenbesatz als eine beständige Erscheinung nach an normalen Nieren vom Menschen (auch im »embryonalen Zustande«), Hunde, Katze, Kaninchen, Meerschweinchen, Rind, Schwein, Frosch, Eidechse und Karpfen. Dass die Erscheinung mit der Sekretion zusammenhängt weist Verf. von der Hand, eben so, dass dieselbe mit den

Heidenhain'schen Stäbchen im Zusammenhang stehe. Er hält vielmehr (mit Frenzel, Archiv für mikroskop. Anatomie Bd. XXVIII) den Bürstenbesatz für ein Schutzgebilde für die Zelle.

Was den Befund an pathologisch veränderten Nieren betrifft, so lässt sich derselbe dahin zusammenfassen, dass der Bürstenbesatz mit der Schwellung der Zelle verschwand und bei Verdickung der Zellen über ein geringes Maß hinaus überhaupt nicht mehr vorhanden war. Bei Gelegenheit dieser Beobachtungen ist Verf. noch zu vielen interessanten Resultaten gekommen, von denen ich hier nur anführen will, dass er die Primärerkrankung, besonders der akuten Formen der Nephritis in den Epithelien und nicht (wie neuerdings viele Autoren) im interstitiellen Gewebe findet, und dass er die Epithelien der Kanälchen in vielen Fällen mehr verantwortlich macht für die Albuminurie, als die Glomeruli. **Hansemann** (Berlin).

Da Ref. dieser Arbeit sich viel mit denselben Fragen beschäftigt hat, so sei es ihm gestattet, einige Worte hier hinzuzufügen. Was die Untersuchungsmethode betrifft, so erscheint der Bürstensaum außerordentlich deutlich an frischen isolirten Zellen bei starken Vergrößerungen und etwas schrägem Licht. Die Erscheinung ist hier durch keinerlei Niederschläge oder Schrumpfungsvorgänge getrübt. Zur Darstellung im Zusammenhang mit dem Gewebe sind allerdings Härtungsmethoden erwünscht. Versucht habe ich: Müller'sche Flüssigkeit, Chromsäure, Kleinenberg'sche Flüssigkeit, Osmiumsäure, Flemming'sche und Fol'sche Lösung, Alkohol (direkt als absoluter Alkohol, oder auch im Schulze'schen Dialisator) und Sublimat. Am besten bewährte sich Sublimat (im Einklang mit Lorenz), besonders wenn die ganze Härtungs- und Einbettungsmanipulation (Paraffin) im Wärmeschrank bei 40—45° vorgenommen wurde. Als Färbemittel kam Eosin oder das viel stärker wirkende Nigrorin in Anwendung. Was nun die Resultate betrifft, so kann wohl nicht mehr daran gezweifelt werden, dass der Bürstenbesatz einen physiologischen Zustand darstellt. Ich sah ihn außer bei den von L. angeführten Thieren noch beim Affen (im normalen Zustande), Pferd, Schaf, Reh, Fledermaus und in der Urniere vom Schwein, Kaninchen und Menschen. Indess muss ich doch annehmen (entgegen L.), dass der Bürstensaum in irgend einem Zusammenhang zur Sekretion steht, da ich ihn auch in den allernormalsten Nieren niemals durchweg fand, sondern immer nur in etwa (nach Taxation) 80%, in günstigen Fällen etwa 90% der Kanälchen und ich möchte daher davor warnen, jedes Kanälchen oder jede Zelle für pathologisch zu erklären, die den Bürstensaum nicht erkennen lässt. Die allerersten Anfänge einer pathologischen Erscheinung an den Nierenepithelien ist freilich oft schwer zu bestimmen und es bleibt vielfach der Willkür überlassen, ob man eine Zelle schon pathologisch verändert oder noch normal nennen will. Bei den in Frage stehenden Fällen kommt es nun im allerersten Anfang der pathologischen Veränderung nicht sowohl auf das Vorhandensein des Borstenbesatzes, als auch auf das sonstige Aussehen (Trübung,

leichte Schwellung) der Zelle und zwar nur im frischen Zustande an, da es nach meiner Ansicht sowohl normale Zellen ohne Bürstenbesatz als auch schon leicht erkrankte Zellen mit Bürstenbesatz giebt, wenn derselbe auch von Anfang an schon Veränderungen erleidet. Die Untersuchung im frischen Zustande, ohne jede vorangegangene Härtung, muss hier besonders betont werden, da neuerdings (namentlich von französischen Autoren her) eine Unsitte eingerissen ist, die Trübung der Zellsubstanz an gehärteten Präparaten mit denen an frischen zu identificiren. Eben so wenig wie L. konnte ich einen Zusammenhang der Borsten mit den Heidenhain'schen Stäbchen entdecken, jedoch kann ich mich nicht mit L. einverstanden erklären, dass der Bürstensaum ein Schutzorgan darstellen soll. Von einer Schutzvorrichtung verlangt man gewöhnlich, dass sie eine gewisse Widerstandskraft gegen das besitze, vor dem sie schützen soll. Um vor Kälte zu schützen, nimmt man einen schlechten Wärmeleiter; um vor Licht zu schützen, einen undurchsichtigen Stoff. Aus den Untersuchungen von L. selbst aber über die pathologischen Verhältnisse, die ich durchaus bestätigen kann, so weit sie den Bürstensaum betreffen, geht hervor, dass das Verschwinden des letzteren bei jedem auf die Epithelien wirkenden schädlichen Agens (sei es nun eine Ernährungsstörung oder ein Virus irgend welcher Art) mit zu den zuerst auftretenden Erscheinungen gehört. Auch unter den pathologischen Befunden findet sich ein weiteres Moment für den Zusammenhang des Bürstensaumes mit der Sekretion. Man findet zuweilen in Nieren, deren Tubuli contorti-Epithelien sich in einem ganz desolaten Zustande befinden, einzelne Kanälchen, in denen die Epithelien intakt und der Bürstensaum wohl erhalten erscheint. Man kann dies, meiner Ansicht nach, nur so deuten, dass eben diese letzteren Kanälchen sich in einer Ruhepause der Sekretion befanden, als das schädliche Agens, das die übrigen (secernirenden) Zellen schädigte, ausgeschieden wurde, wie mir denn überhaupt das Vorhandensein der Borsten eher für einen Ruhezustand, als für den einer starken Sekretion zu sprechen scheint. Auf eine weitere Diskussion über diesen Gegenstand möchte ich zunächst um so weniger eingehen, als die zahlreichen bestehenden Theorien darüber sehr übersichtlich von W. Kruse (Dissertation, Berlin, 1888: Über Stäbchensäume an Epithelzellen) zusammengestellt sind, und möchte nur noch bemerken, dass ich am meisten der dort aufgestellten zweiten Möglichkeit zuneige, dass die Stäbchen vorgebildet sind, die Zwischensubstanz aber zwischen denselben verschieblich ist und je nach stärkerem Vorquellen, oder je nach dem Grade ihrer Durchsichtigkeit die Stäbchen mehr oder weniger deutlich zu beobachten gestattet oder sie ganz verdeckt.

---

3. N. Wedenski. Zur Kenntnis der Kohlehydrate im normalen Harn.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 1 u. 2. p. 122.)

Im Anschluss an frühere Beobachtungen von E. Baumann verfuhr W. zur Abscheidung der Kohlehydrate des normalen Harnes

in folgender Weise: Der frische Harn wird mit wenig Natronlauge versetzt und von den ausgeschiedenen Phosphaten abfiltrirt. Zu dem Filtrate wurden auf 100 ccm des Harns weitere 25—40 ccm Natronlauge von 10—12% und zugleich 3—5 ccm Benzoylchlorid hinzugefügt. Diese Mischung wurde so lange geschüttelt, bis der Geruch des Benzoylchlorid verschwunden war.

Von den so erhaltenen Benzoylverbindungen ist ein Theil durch Alkalien schwer, durch Säuren leicht zerlegbar, ein anderer wird auch durch Alkalien leicht zerlegt. Ersterer entspricht dem Benzoesäureester des Traubenzuckers, letzterer der Benzoylverbindung eines dextrinartigen Körpers (Landwehr's thierisches Gummi?). Im normalen Harn sind also mindestens zwei verschiedene Kohlehydrate enthalten.

F. Röhmann (Breslau).

---

4. Cohn. Über den Einfluss mäßiger Körperbewegung auf die Verdauung.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII, Hft. 2 u. 3.)

Verf. führte seine Untersuchungen in der Weise aus, dass er bei 3 Hunden, welche eine bestimmte Probemahlzeit erhielten, nach einer gewissen Anzahl Stunden den Magen ausspülte und das Spülwasser auf seine verdauende Kraft untersuchte. Zunächst ergab sich, dass die Verdauung der ruhenden Hunde 1 Stunde nach der Mahlzeit in vollem Gange sich befindet, nach 2 Stunden ihren Höhepunkt erreicht, von da allmählich abnimmt und nach 5 Stunden beendigt ist. Ein ganz anderes Resultat zeigte sich, wenn die Hunde in mäßige Bewegung gesetzt waren. Erst 5 Stunden nach der Mahlzeit hatte die Verdauung ihren Höhepunkt erreicht. Nach 6 Stunden war dieselbe noch nicht beendigt. Verf. glaubt zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass durch Bewegung nach der Nahrungsaufnahme, wenigstens bei Hunden, eine Verlangsamung und Verzögerung der Verdauung herbeigeführt werde.

Peiper (Greifswald).

---

5. U. Gabbi. Sopra un nuovo e rapido metodo di colorazione della capsula del pneumobacillo di Fraenkel.

(Riforma med. 1889. No. 31.)

G. vermisst bei den Methoden von Ribbert und Fraenkel zur Färbung der Pneumokokken und ihrer Kapsel, so wie bei der Gram'schen Methode eine Eigenschaft, auf welche der praktische Arzt Gewicht legt: die schnelle Ausführbarkeit unbeschadet der Sicherheit des Ergebnisses. Er empfiehlt als ein eben so rasches wie sicheres Verfahren zur Färbung des Fraenkel'schen Pneumoniebacillus das folgende:

Das möglichst fein gestrichene und über der Spiritusflamme schnell getrocknete Deckglaspräparat wird mit 2—3 Tropfen einer (vorher filtrirten) Farblösung, welche aus 100 Theilen destillirtem Wasser, 5 Theilen Karbolsäure, 15 Theilen absoluten Alkohols und

1 Theil Fuchsin (weniger gut Gentianaviolett oder Methylviolett) zusammengesetzt ist (also mit der Neelsen'schen Lösung! Ref.), mehrere Sekunden lang bis zu einer Minute in Berührung gelassen, dann leicht und flüchtig mit Wasser abgespült.

Das zur Untersuchung derart fertig gestellte Präparat zeigt den Fraenkel'schen Bacillus in tiefrother Färbung, seine Kapsel, je nach der Dauer der Wasserspülung und der Einwirkung der Färbeflüssigkeit, in mehr oder weniger lichter Rosafärbung.

Mit seiner Methode konnte G. den Pneumobacillus im eitrigen Exsudate einer Peritonitis und in dem einer Pleuritis, welche als Komplikationen einer genuinen krupösen Pneumonie aufgetreten waren, nachweisen. (Die Identität des Bacillus mit dem Fraenkel-schen wurde in den gedachten Fällen überdies durch seine morphologischen Eigenschaften, seine Färbung nach Gram, sein Wachsthum auf Agar-Agar, sein Auftreten im Blute der mit dem Exsudat geimpften Meerschweinchen festgestellt.) **G. Sticker** (Köln).

---

6. **Kraus.** Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Cholera und Arsenikvergiftung.

(Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin 1888. Hft. 4.)

Verf. hat zunächst den Einfluss des Arsenik (Tinct. arsenic. Fowleri 1 : 90 und Acid. arsenicos. 2,0 : 1000) auf die Wachsthumsverhältnisse verschiedener Bakterienarten geprüft und fand, dass das Wachsthum von Bact. colli commune, Typhusbacillen und Choleravibrionen vollständig aufgehoben wurde, während Streptococcus pyog. aureus und Milzbrandbacillen unbeeinflusst weiter wuchsen.

Das Thierexperiment (ausgeführt durch Arsenikfütterung an Meerschweinchen, Katzen und Hunden) ergab folgende Resultate:

1) Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Vergiftungen durch Arsenik bestehen im Wesentlichen in einer mehr oder weniger heftigen Gastroenteritis. Dieselbe kommt in gleicher Weise zu Stande, sei es, dass man Arsenik per os oder subkutan eingeführt.

2) Die pathologisch-anatomischen Erscheinungen, welche man bei mit Arsenik vergifteten Thieren beobachtet, unterscheiden sich ganz wesentlich von denjenigen, welche man im algiden Stadium der Cholera asiatica findet. Der Darminhalt ist bei beiden Affektionen wesentlich verschieden; bei keinem der angestellten Versuche wurden reiswasserartige Stühle beobachtet. In einigen Fällen, in welchen bei Aussat des Darminhaltes auf Gelatineplatten keine Entwicklung von Bakterienkolonien auftrat, trat eine rasche Verflüssigung der Gelatine auf, offenbar durch ein Ferment verursacht. Mitunter war auch Magen- und Darminhalt blutig gefärbt.

Der Darmbefund ähnelt mehr dem des Choleratyphoids, als dem, welchen man im ersten Stadium der Cholera beobachtet; auch weicht er in so fern von diesem ab, als die stärksten Entzündungserscheinungen im Duodenum und im oberen Theil des Dünndarmes beob-

achtet werden, während bei Cholera das Ileum meist am stärksten ergriffen ist.

3) Die profusen Diarrhoen, welche bei Cholera Regel sind und bei denen die Beschaffenheit des Stuhles eine ganz exceptionelle und eigenartige ist, berechtigen zu der Vermuthung, dass mit dieser eigenthümlichen Veränderung des Darminhaltes und in Folge derselben auch Veränderungen in der Zahl und Art der Bakterien einhergehen werden.

Bei Arsenikvergiftung ist der Bakterienbefund nur wenig von dem bei normalem Darm verschieden: niemals so charakteristisch, wie bei Cholera. Nach sehr großen Arsenikdosen ist der Bakteriengehalt des Darmes deutlich vermindert.

Vibrionenkolonien kamen bei Thieren eben so wenig nach Arsenikvergiftung vor, wie beim Menschen (R. Koch). **M. Cohn** (Hamburg).

---

7. Ch. Monod et Reboul. Contribution à l'étude du panaris analgésique.

(Arch. génér. de méd. 1888. Bd. II. p. 28.)

Unter dem Namen eines »schmerzlosen Panaritium« hatte Morvan im Jahre 1883 einen sehr seltenen Symptomenkomplex beschrieben, dessen Zugehörigkeit zu dem großen Gebiete der Trophoneurosen zwar sofort klar war, über dessen Natur aber anatomische Untersuchungen noch nicht vorlagen.

Das Krankheitsbild setzt sich zusammen aus motorischen, sensiblen und trophischen Störungen. Betroffen werden die Hände und manchmal auch die Füße — immer vollkommen symmetrisch auf beiden Seiten.

Die motorischen Störungen bestehen in einer progressiven echten Lähmung, welche aber nicht vollständig wird.

Sensible Störungen bestehen in vollkommener Anästhesie der betroffenen Extremitäten (Hand und Vorderarm; Fuß und Unterschenkel); dabei besteht große Empfindlichkeit gegen Kälte — namentlich Klagen über kalte Kniee.

Von trophischen Störungen werden erwähnt: Muskelatrophie, lokale Schweiße, Schwellung der betroffenen Gliedmaßen, cyanotische Färbung der Hände, Füße und Knie, Ulcerationen, panaritiumartige Entzündungen, Mal perforant.

Einen Fall, in welchem die Symptome an den beiden Händen und Füßen symmetrisch sehr deutlich ausgesprochen waren und in welchem Ulcerationen an 3 Fingern deren Amputation benöthigten, beschreiben Verff. ausführlich.

Die mikroskopische Untersuchung der Nerven in den amputirten Gliedern ergab vollkommene Zerstörung derselben; von markhaltigen Nervenfasern war nichts erhalten.

Verff. deuten mit Rücksicht auf diesen Befund den ganzen Symptomenkomplex als eine doppelseitige symmetrische periphere Neuritis schwersten Grades. **von Noorden** (Gießen).

---

8. **Audry.** Les Porencéphalies.

(Revue de méd. 1888. No. 6 u. 7.)

Die ausführliche Arbeit enthält eine umfassende Zusammenstellung wohl aller bisher veröffentlichten Fälle von Porencephalie (im Ganzen 103 Fälle, darunter 3 eigene). In Bezug auf die pathologische Anatomie giebt Verf. folgende Aufschlüsse: Unter 96 genauen Beobachtungen waren 32mal beide Hemisphären betroffen, 38mal die linke, 26mal die rechte allein. Die doppelseitigen Defekte sind in der Regel symmetrisch. In 18 Beobachtungen fehlten beide Hemisphären fast ganz, nur einige Reste der hinteren unteren Windungen, und der Hirnstamm war erhalten. Hierbei handelt es sich um eine fötale Form der Porencephalie. Von den halbseitigen Defekten betrafen 7 Fälle den Stirnlappen, 4 den Schläfenlappen, 4 Fälle die Basis, 1 Fall das Marklager, 3 Fälle die hinteren, 17 die mittleren Partien. Im 14 Fällen war die ganze Hemisphäre oder der größere Theil derselben afficirt. Die Auffassung Kundrat's, dass die Defekte sich nach Gefäßregionen abgrenzen lassen, kann A. nicht theilen. In Bezug auf die Pathogenese unterscheidet A. zunächst die kongenitale und die erworbene Porencephalie. Die erstere Form scheint hauptsächlich das Resultat einer Entwicklungshemmung zu sein. Nebenbei spielen Hydrocephalus, Gefäßanomalien, Hämorrhagien, Encephalitiden und andere Processe eine Rolle. Bei den erworbenen Defekten sind die Ursachen in Encephalitiden, Gefäßstörungen, Blutungen, fettiger Degeneration, Thrombosen, Embolien etc. zu suchen. Unter 58 verwerthbaren Fällen sprachen 34 zu Gunsten eines fötalen Ursprungs, 13 waren in den ersten zwei Lebensjahren, 10 in einem späteren Alter entstanden. Hereditäre Belastung und Syphilis scheint nur geringen Einfluss zu haben. Einige Male schienen Traumen und akute Krankheiten die Affektion hervorgerufen zu haben. Die klinischen Symptome sind sehr mannigfaltige und daher ziemlich unbestimmte. Die Hauptsymptome sind Idiotie, Lähmungen und Kontrakturen. Die Idiotie gehört besonders der fötalen Form an. In einer gewissen Anzahl von Fällen, speciell den erworbenen, ist die Intelligenz erhalten. Die Lähmungserscheinungen haben meist den Charakter der Hemiplegia spastica infantilis und können bereits im Moment der Geburt auftreten. Häufig beobachtet man auch konvulsive Anfälle verschiedenster Form. Die Sprachstörungen sind in der Regel die Folge der Idiotie, doch tritt auch reine Aphasie auf. Ab und zu werden auch Störungen des Gesichts, Gehörs, der Sensibilität beobachtet. Schädeldeformitäten, wie Hydrocephalus, Mikrocephalus, Hervorwölbungen, Eindrücke, Abflachungen der Stirngegend etc. sind nicht selten. Durch das so sehr verschiedene Bild des Symptomenkomplexes ist die Diagnose sehr unsicher und schwer intra vitam zu stellen. Die Prognose ist meist ungünstig. Die Erkrankung bedingt häufig den Tod des Fötus oder des Neugeborenen. Eine geringe Zahl der Fälle erreicht ein höheres Alter, doch zeigt die Mehrzahl derselben schwere cerebrale Störungen. In

Bezug auf die Krankengeschichten und die zahlreichen Einzelheiten muss Ref. auf die interessante Originalabhandlung verweisen.

A. Neisser (Berlin).

9. Landerer. Eine neue Behandlungsweise tuberkulöser Processe[1].

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 40 u. 41.)

Als nächstliegende Aufgabe der Behandlung tuberkulöser Processe erachtet L. die Überführung derselben in solide Narbenbildung. Von Beginn an zeichne sich ja bekanntlich die Tuberkulose durch ihre Gefäßlosigkeit und dem entsprechend durch eine geringe Neigung zur Heilung aus. Die Vernarbung müsse daher auf künstlichem Wege durch eine entzündliche Reaktion um das gefäßarme, erkrankte Gewebe angebahnt werden. Eine derartige aseptische Entzündung ließe sich durch den als Antituberculosum schon bekannten Perubalsam herbeiführen.

Verf. inficirte 16 Kaninchen zum Theil mit tuberkulösen Gewebsmassen, zum Theil mit Reinkulturen und behandelte dieselben mit intravenösen Injektionen von Perubalsamemulsion. 3 als Kontrollthiere benutzte Kaninchen verendeten an hochgradiger Tuberkulose. Von den übrigen behandelten Thieren gingen 4 nicht zu Grunde, trotz wiederholter Infektion; 3 Thiere starben aus unbekannten Gründen; 1 Thier unter den Erscheinungen mäßiger Tuberkulose. Diejenigen Kaninchen, welche mit tuberkulöser Reinkultur inficirt waren, starben sämmtlich. Bei 2 derselben bot die Lunge das Aussehen einer auf dem Wege der bindegewebigen Schrumpfung ausheilenden Tuberkulose.

Verf. hat nun auch seine Methode bei 51 Individuen zur Ausführung gebracht, welche an den verschiedenartigsten tuberkulösen Affektionen der Gelenke, Knochen, Drüsen und Weichtheile litten. Der Perubalsam wurde theils äußerlich in Pflastermasse oder als alkalische Emulsion (mit 0,7%iger Kochsalzlösung in der Koncentration von 1 : 100—500), zur Behandlung tuberkulöser Geschwürsflächen, zur Injektion in Fisteln, zu parenchymatösen oder parostalen Injektionen, theils auch zur intravenösen Infusion verwandt. Der Einfluss des Perubalsams auf den Rückgang der tuberkulösen Processe ist nach den mitgetheilten Krankengeschichten ein sehr befriedigender. In 4 Fällen von Lungentuberkulose, welche mit intravenösen Injektionen behandelt worden waren, trat in 2 Fällen Heilung, in den anderen vorübergehend Besserung ein.

Trotz der günstigen klinischen Erfahrungen warnt Verf. vor übertriebenen Erwartungen: er empfiehlt besonders eine gewisse Vorsicht in der Auswahl der Fälle, da ausgedehnte tuberkulöse Processe, speciell die der Lungen, sich wenig für die Behandlung mit intravenösen oder parenchymatösen Injektionen in das Lungengewebe eignen dürften.

Peiper (Greifswald).

[1] Vgl. zu diesem Referat die in No. 15 d. Centralbl. enthaltene Original-Mittheilung von Binz »Über den Perubalsam«.

10. **Brunton.** Über den Gebrauch von Codein bei schmerzhaften Darmerkrankungen.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 27.)

Bei schmerzhaften Darmaffektionen erweist sich das Opium bisweilen viel günstiger als das Morphium, weshalb man immer daran dachte, dass nicht das Morphium allein, sondern auch das eine oder andere der Opiumalkaloide von günstiger Wirkung sei. Dieser Vorzug gebührt dem Codein, das speciell bei schmerzhaften Erkrankungen des Darmes einer häufigeren Anwendung werth ist. Das Codein, von Robignet 1832 entdeckt und von Gregory und Barbier am Krankenbett erprobt, äußert sich speciell günstig bei krankhaften Störungen im Bereich des Sympathicus, es soll bei gastrischen und abdominalen Neurosen mit großem Nutzen angewendet werden, ohne die Verdauung zu stören und die Darmperistaltik zu hemmen. B. fand in Fällen von Typhlitis und Perityphlitis, Zellgewebsentzündung in der Umgebung des Coecum, Koprostasen im Colon transversum, selbst bei Carcinoma der Leber, des Pankreas, des Darmes sichere Erleichterung der Schmerzanfälle durch Codein, in Dosen von 0,03—0,06 in Pillenform mit Extract. Gentian., 3mal täglich verabreicht. Langdauernde Enteralgien ohne organische Erkrankung wurden monatelang prompt und günstig behandelt, eben so maligne Neubildungen im Darm, ohne dass eine Steigerung der Dosen nothwendig geworden wäre. **Prior** (Bonn).

---

11. **A. Plumert.** Über die therapeutische Verwendung des Quecksilbersalicylats.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888. Hft. 5.)

12. **J. Jadassohn** und **E. Zeising.** Einspritzungen von Salicyl- und Thymol-Quecksilber zur Syphilisbehandlung.

(Ibid.)

Das zu diesen Versuchen benutzte basische Hg-Salicylat ist ein weißes amorphes Pulver, welches aus der Fabrik von F. v. Heyden's Nachfolger zu Radebeul bei Dresden stammte.

P. benutzte eine Lösung von Hydrarg. salicyl., Kali carb. āā 1,0 bis 3,0, Aq. dest. 1000 zu Injektionen bei blennorrhagischen Processen der männlichen Harnröhre, ohne dass aber hierdurch eine merkliche Abkürzung des Verlaufs herbeigeführt wurde. Eben so wenig hat dieses Präparat große Vortheile vor anderen ähnlichen bei der äußerlichen Anwendung auf venerische und syphilitische Geschwüre. Von größerem Interesse sind die Injektionsversuche (Hydr. salicyl., Kali carb. āā 0,1, Aq. dest. 10,0), wobei örtliche unangenehme Nebenerscheinungen nicht zu Tage traten. Ob freilich dieses Präparat vor anderen organischen Hg-Verbindungen Vortheile besitzt, lässt sich aus den Mittheilungen P.'s nicht ersehen, da zwar die syphilitischen Processe sich sehr bald zurückbildeten, über Recidive aber keine Beobachtungen vorliegen. Einen Nachtheil haben ja alle diese or-

ganischen Hg-Verbindungen, sie werden rasch resorbirt, aber auch schnell ausgeschieden. Es wurden durchschnittlich 20—30 Injektionen gemacht, so dass wir in dieser Anwendungsart einen Vortheil vor dem Sublimat nicht einzusehen vermögen. —

Um daher nur mit einer geringen Anzahl von Injektionen auskommen zu können, benutzten J. und Z. eine hochprocentige Suspension (10%) mit dem von Balzer empfohlenen Paraffinum liquidum. Auch hiernach wurden nur geringe oder gar keine lokale Beschwerden vermerkt, vor Allem traten Infiltrate selten auf. Die einzelnen Einspritzungen wurden in Zwischenräumen von 3—8 Tagen gemacht, oft auch 2 auf einmal. Über die Anzahl derselben in den einzelnen Fällen werden noch keine ausführlichen Mittheilungen gemacht, meist waren es aber 6—8.

Daneben stellten J. und Z. noch Versuche mit dem essigsauren, salpetersauren und schwefelsauren Thymolquecksilber (Merck-Darmstadt) an. Auch hiervon wurde eine 10%ige Paraffinsuspension zu Injektionen benutzt. Die lokalen Erscheinungen, nach Anwendung dieser 3 Thymolpräparate, ließen keine Unterschiede erkennen, vielleicht dass ein gewisser Vortheil dem essigsauren Thymol zuzuschreiben ist, welches auch am leichtesten hergestellt werden kann. Im Wesentlichen gleicht es dem Salicyl-Hg. Als Résumé der klinisch therapeutischen Mittheilungen betonen die Verff., dass sich Unterschiede in der curativen Wirkung der verschiedenen genannten Präparate nicht herausgestellt haben, dass die Kuren mit diesen Hg-Verbindungen jedenfalls aber zu den energischen gezählt werden müssen. Das Salicyl- und noch mehr das Thymol-Hg wird schnell im Körper zersetzt und dann in verhältnismäßig großen, dem Kalomel aber nachstehenden, Mengen auf einmal in den Säftestrom gebracht, wonach die Resorption eine gewisse Zeit fortgeht. In ihrem Erfolge übertreffen diese Verbindungen das graue Öl, erreichen aber nicht ganz die rapide Wirkung des 10%igen Kalomelöls.

Die hochinteressanten Untersuchungen von J. nach Einspritzungen dieser Hg-Verbindungen in die Glutäalmuskeln von Kaninchen müssen im Original nachgesehen werden. **Joseph** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **Leyden.** Über Herzkrankheiten bei Tabes nebst Diskussion.

(Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 45.)

Auf Grund eines zur Sektion gelangten Falles von Tabes mit Aorteninsufficienz bei einer 48jährigen Näherin, in welchem die Sektion neben fibröser Degeneration des Herzens und Verdickung der Aortenklappen deutliche Arteriosklerose und Erweiterung des Anfangstheils der Aorta nachgewiesen hatte, spricht sich L. gegen die von Rosenbach und Berger aufgestellte Annahme aus, dass zwischen Aorteninsufficienz und Tabes ein direkter Zusammenhang bestehe, derart, dass die erstere als eine in Folge der Tabes auftretende trophische Störung der Herzklappen auf-

zufassen sei; er erachtet das Zusammentreffen beider vielmehr für eine zufällige Komplikation, zumal Aorteninsufficiens und Tabes relativ häufige Krankheiten sind. Die Affektionen des Herzens, welche mit Tabes in Zusammenhang stehen, sind einmal die erhöhte Pulsfrequenz und zweitens Anfälle von Angina pectoris, die nicht auf arteriosklerotischer Basis beruhen, sondern ein Analogon der bei Tabes auch sonst auftretenden Krisen bilden und mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Betheiligung der cardialen Äste des Vagus zu beziehen sind. —

In der Diskussion hebt Remak hervor, dass nach Anjel bei Tabes rein funktionell, durch Muskelinsufficienz des Herzens nach Anstrengungen, vorübergehend die Erscheinungen der Aorteninsufficienz auftreten können, dass es aber nicht klargestellt ist, ob Aorteninsufficienz bei Tabikern häufiger vorkommt, als bei anderen Individuen, und ob ein Zusammenhang zwischen beiden besteht. Trotzdem er viel darauf geachtet, hat er nur einen derartigen Fall aufgefunden, der sodann demonstrirt wird.

P. Guttmann ist ebenfalls der Ansicht, dass zwischen Insufficienz der Aorta und Tabes kein ätiologischer Zusammenhang bestehe, 1) weil sich häufig als Ursache der Insufficienz eine Sklerose der Aorta vorfinde, 2) weil der genuin so häufig als alleinige Affektion auftretende Klappenfehler bei Tabes selten ist und 3) weil man auch ohne Sklerose der Aorta eine Insufficienz der Klappen findet, hervorgerufen durch chronisch-entzündliche Processe derselben.

Oppenheim hat die in Rede stehende Komplikation mehrmals bei allgemeiner Arteriosklerose beobachtet. In einem der Fälle war eine specifische Infektion vorausgegangen und diese ist er geneigt, als eventuell gemeinschaftliches ätiologisches Moment für Tabes und Aorteninsufficienz anzusprechen.

Markwald (Gießen).

14. Honigmann. Ein Beitrag zur Kenntnis der Herzneurosen. (Aus der med. Klinik zu Gießen.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 45.)

Verf. berichtet über einen Fall von sog. paroxysmaler Tachycardie. Der Pat. hatte vor 8 Jahren einen Gelenkrheumatismus überstanden und seitdem litt er häufig an qualvollen Anfällen von Herzklopfen; Athemnoth und sonstige Störungen hatte er nie gehabt. Objektiv bot er zunächst die Zeichen einer gut kompensirten Mitralinsufficienz dar; während der Beobachtung nun zeigten sich Anfälle von kolossaler Pulsbeschleunigung, bis zu 200 Schlägen; dieselben dauerten in der Regel 1—2 Stunden, bisweilen länger oder kürzer, kamen und schwanden unvermuthet, ließen sich aber gewöhnlich durch Druck auf den rechten, seltener auf den linken Vagus am Halse koupiren; wirkliche Dyspnoe und Cyanose war nur bei zwei sehr heftigen Anfällen vorhanden. Auffällig war, dass mit dem Anfall ein deutlich nachweisbarer Tiefstand des Zwerchfelles einherging, der während des Insults rasch entstand und eben so rasch nachher sich verlor.

Bei der Beurtheilung der Erscheinungen hält Verf. es für ausgeschlossen, dass zwischen dem vorhandenen Herzfehler und den tachycardischen Anfällen ein kausaler Zusammenhang bestehe, wenn sie auch genetisch mit einander verknüpft sein könnten. Die Anfälle selbst sind nicht als Reizung der Accelerantes, sondern als Vaguslähmung aufzufassen, wofür u. a. der Nachlass bei Druck auf den Vagus und die so hohen Pulszahlen sprachen; über den Sitz der Erkrankung am Vagus lässt sich bei dem Fehlen anderer Vaguserscheinungen nichts Sicheres vermuthen. Die Erscheinungen des gleichzeitigen Zwerchfelltiefstandes, der sog. »akuten Lungenblähung« können nach den Riegel-Edinger'schen Versuchen über das Bronchialasthma nicht als Vaguserregung, sondern nur als reflektorische Phrenicusreizung gedeutet werden. Hierbei bleibt allerdings die Annahme, dass ein und dasselbe schädigende Moment die centrifugalen Herzfasern des Vagus lähmen, und die centripetalen, die den reflektorischen Reiz zum Phrenicus leiten, erregen soll, schwer zu erklären, wenn sie auch nicht ohne physiologische und klinische Analoga ist. Therapeutisch erwies sich gegen die Anfälle außer der Vaguskompression nichts wirksam. Die Anfälle bezw. ihre Unterbrechungen sind durch sphygmographische Kurven illustrirt.

Markwald (Gießen).

15. G. Mya. Infarti polmonari da trombosi del plesso utero-ovarico di vecchia data.

(Gazz. degli ospitali 1888. No. 102 u. 103.)

Eine 40jährige Frau hatte 7mal geboren; auf die 3. Entbindung vor 10 Jahren war eine nicht ganz klare, mit Beklemmung verbundene, über 1 Jahr sich hinziehende Krankheit gefolgt, sonst waren alle Geburten normal. Nur an die letzte vor 6 Monaten erfolgte schloss sich eine Krankheit mit Fieber und Schmerz im Unterleib, wodurch die Frau ca. 1 Monat ans Bett gefesselt war, sich danach aber völlig erholte, auch ihr Kind säugte. Vor 14 Tagen, nachdem sie bei schlechtem Wetter am Fluss Wäsche gewaschen, erkrankte sie plötzlich an Athemnoth, Husten mit blutigem Auswurf, Fieber und Schmerz in der Brust. Im Laufe von 8 Tagen gesellte sich Anschwellung beider Beine dazu und die Athemnoth steigerte sich so, dass die Kranke in die Turiner Klinik geschafft wurde. Hier wurde ein doppelseitiger mäßiger pleuritischer Erguss, Ascites, starkes Ödem beider Unterextremitäten, ferner große Dyspnoe (52 Respirationen pro Minute) und sehr kleiner, rascher und unregelmäßiger Puls bei normaler oder wenig erhöhter Temperatur konstatirt. Der Auswurf war spärlich, aber rein blutig, im Urin Spuren von Eiweiß; die Untersuchung der Genitalorgane ergab einen leicht verdickten Uterus und schleimigen Ausfluss aus dem Orificium uterinum. Am Herzen fanden sich die Herztöne außerordentlich schwach und ein schwaches systolisches Geräusch an der Spitze.

Der Zustand der Kranken verschlimmerte sich von Tag zu Tag; trotz mehrmaliger Punktion ließ die Athemnoth nicht nach, die Temperatur stieg, zuletzt traten Delirien und Konvulsionen und am 10. Tage nach der Aufnahme der Tod ein. Die Diagnose lautete: embolische Lungeninfarkte, bedingt durch eine akute Verschlimmerung und Kompensationsstörung einer seit lange bestehenden Endocarditis. Die Sektion ergab allerdings embolische Herde in den Lungen, aber das Herz vollkommen frei: dagegen fand sich eine ausgedehnte Thrombose des ganzen Plexus utero-ovaricus mit theils organisirten festen, theils erweichten lockeren Thromben. Es ist demnach diese Thrombose, welche sicherlich im Anschluss an die Entbindung, vermuthlich auf infektiöser Basis, entstanden ist, der Ausgangspunkt für die Lungenembolie gewesen. Verf. betont als wichtig und bemerkenswerth, dass diese Thrombose ursprünglich anscheinend ganz günstig verlaufen und erst 5 Monate später vielleicht auf Grund der körperlichen Anstrengung so verhängnisvoll verlaufen ist. **Kayser** (Breslau).

16. Variot. Cuirasse calcaire enveloppant le ventricule droit du cœur. Mort subite dans le cours d'un épanchement pleural.

(Revue de méd. 1888. No. 9. September 10. p. 746.)

Es handelt sich um eine einfache Verkalkung, welche in Gestalt einer Platte zwischen parietalem und visceralem Blatt des Pericards saß; beide Pericardialblätter waren erhalten, doch fest adhärent der Kalkplatte, welche den rechten Ventrikel umhüllte. Der linke Ventrikel war hypertrophisch, während der rechte ein auffällig kleines Cavum und dünne Wände besaß. Die beigefügte mikroskopische Untersuchung ergiebt nichts Neues. In vita war die Diagnose auf einen Mitralfehler gestellt, da bei der Auskultation nur an der Herzspitze ein systolisches blasendes Geräusch neben systolischem Doppelton zu hören war. Der Exitus trat ein in Folge eines pleuritischen hämorrhagischen Exsudates unter frühzeitiger Erlahmung der Herzthätigkeit. **Reunick** (Berlin).

17. G. Mya. Considerazioni intorno ad un caso di cosi della albuminuria ciclica.

(Gazz. degli ospitali 1889. No. 4—7.)

Ein 34jähriger Beamter, in guten Verhältnissen, der bisher keine wesentliche Erkrankung durchgemacht hatte, auch ohne erbliche Belastung ist, fing an sich im Monat Oktober 1887 unwohl zu fühlen, angeblich, weil die täglichen Besuche bei seiner auf dem Lande wohnenden Familie ihn übermäßig anstrengten. Eine

Ende des Monats überstandene leichte Angina machte ihn völlig dienstunfähig. Er klagte über allerlei schmerzhafte Empfindungen im Kopf, Nacken und Epigastrium, allgemeine Abgeschlagenheit, wurde menschenscheu und melancholisch, hatte wenig Appetit und unregelmäßigen Stuhlgang. Die Beschwerden traten besonders nach der Mahlzeit während der Verdauung hervor. Dieser Zustand hielt monatelang ohne Veränderung an, der Kranke bekam ein blasses Aussehen und magerte erheblich ab. Im Februar 1888 untersuchte ihn M. und konnte keinerlei objektive Veränderungen an irgend welchem Organe nachweisen; auch der Magen erwies sich in allen seinen aufs genaueste untersuchten Funktionen völlig normal. Der Urin, der früher schon untersucht und eiweißfrei befunden war, zeigte, als ihn M. Nachmittags 2 Uhr sofort, nachdem er gelassen war, prüfte, einen reichlichen Eiweißgehalt. Dagegen war der während der Nacht entleerte Harn wieder vollkommen frei. Die weitere Untersuchung der einzelnen während jeder Tagesstunde gelassenen Urinportionen ergab folgendes während 7 Tagen übereinstimmendes Resultat: es bestehen jeden Tag 3 Cyklen von Albuminurie. Der erste Cyklus dauert von 9 bis 11 Uhr Vormittags, der zweite von 1—5 Uhr Nachmittags und der dritte von 8—10 Uhr Abends. Das Maximum der Eiweißausscheidung trifft auf 2 Uhr Nachmittags. Der Nachturin zeigt auch bei den empfindlichsten Prüfungen keine Spur von Eiweiß. Die Menge des eiweißhaltigen Urins war verhältnismäßig gering, sein spec. Gewicht hoch (1028), sein Gehalt an Harnstoff und Säure erhöht.

Der Zustand des Kranken besserte sich nach einem 4monatlichen Landaufenthalt vollständig, so dass er seinen Dienst wieder in alter Weise versehen konnte, die cyklische Albuminurie blieb jedoch unverändert bestehen und konnte noch im November 1888 nachgewiesen werden.

M. knüpft an diesen Fall längere kritische Erörterungen der bisher über die cyklische Albuminurie publicirten Angaben und Theorien. Er hält sie nicht für eine Krankheit sui generis, schon desshalb nicht, weil die Vergesellschaftung mit neurasthenischen und melancholischen Erscheinungen keine nothwendige und dauernde ist. Vielmehr steht M. völlig auf dem Boden der Heidenhain'schen Lehre, dass es eine specifische Funktion des Epithels der Glomeruli ist, das Eiweiß aus dem Blute nicht durchzulassen. Die funktionelle wie die cyklische Albuminurie kämen dadurch zu Stande, dass das Epithel der Glomeruli bei manchen Individuen eine größere Reizbarkeit und Vulnerabilität besitze, so dass bereits die während der Verdauung oder nach ungewöhnlichen Anstrengungen eintretenden Cirkulationsveränderungen genügen, um zeitweilig die normale Leistungsfähigkeit des Epithels zu beeinträchtigen. **Kayser** (Breslau).

18. **M. Muret.** Du traitement de l'ascite par la faradisation des parois abdominales.

(Revue de méd. 1888. No. 9. September 10. p. 719.)

Nach einem Überblick über die bisher publicirten einschlägigen Fälle berichtet M. über den sehr günstigen Einfluss der Faradisation auf Ascites, der einmal in Folge einer chronischen tuberkulösen (?) Peritonitis, das andere Mal in Folge von Milztumor aufgetreten war. Die elektrische Behandlung zeigte sich wirksamer als die medikamentelle, besonders wenn sie nach der Punktion vorgenommen war (Steigerung der Urinmenge etc.). Ohne eine eigene Erklärung dafür zu geben, wie die Einwirkung des elektrischen Stromes auf die Ascitesmenge zu Stande kommt, bespricht Verf. die diesbezüglichen Hypothesen und neigt schießlich sich der Ansicht Erb's zu, welcher den Einfluss des elektrischen Stromes auf die Resorption der Ascitesflüssigkeit durch die Peritonealgefäße, auf die arterielle Drucksteigerung und consecutive Harnsekretion betont. **Roenick** (Berlin).

19. **V. Martini.** Sul valore antipiretico dello strofanto. (Clinica terap. del Prof. G. Bufalini.)

(Bollet. della sez. dei cult. delle scienze med. di Siena 1888. Fasc. 1.)

Eine antipyretische Wirkung der Strophanthustinktur konnte Verf. im Gegensatz zu Rovighi, dessen Angaben allerdings nur wenige Beobachtungen zu

Grunde liegen, nicht konstatiren. Wie bei Individuen mit normaler Körpertemperatur führte das Medikament in Einzelgaben von 4—8 Tropfen der Tinktur (Merck) bei Fiebernden nur unregelmäßig eine Erniedrigung der Temperatur und höchstens um wenige Zehntel eines Grades herbei. Weder bei Nichtfiebernden noch bei Fiebernden gewahrte R. nach Darreichung der Tinktur, selbst bei Tagesgaben von 50 Tropfen, jemals Erscheinungen von Collaps oder gastroenteritischen Störungen, wie sie den Gebrauch der Digitalis begleiten, noch auch profuse Schweiße, wie sie gemeiniglich der medikamentösen Antipyrese folgen.

G. Sticker (Köln).

20. Demme. Über die Anwendung von Strophanthus im Kindesalter.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital 1887.)

Nachdem D. eine pharmakologische Untersuchung der Tinct. Strophanthi angestellt hatte und dabei zu denselben Resultaten wie andere Autoren (Langaard, Blumenau) gekommen war, wandte er das Präparat in der Kinderpraxis an und zwar in folgenden 21 Fällen: 7 Fälle von nicht kompensirter Erkrankung der Mitralis, 5 Fälle von Scharlachnephritis, 3 von Pleuritis exsudativa, je 2 von Asthma bronchiale, tuberkulöser Lungenphthise und Tussis convulsiva. Kurz zusammengefasst erzielte D. folgende Ergebnisse: 1) Strophanthus ist auch im Kindesalter zweckmäßig, darf aber erst vom 5. Lebensjahre an gegeben werden. Dyspeptische Beschwerden kommen nur ausnahmsweise vor. Größere Gaben als 4—5mal täglich 3 Tropfen sind zu vermeiden. 2) Prädominirende Wirkung ist Steigerung der Urinabsonderung, herbeigeführt durch Erhöhung des Blutdrucks. Die Kompensation eines Klappenfehlers wird dabei so zuverlässig, wie durch Digitalis, nicht erreicht. Bei normalem oder bereits erhöhtem Blutdruck bleibt die diuretische Wirkung des Strophanthus aus. 3) Zweite Wirkung des Strophanthus: Beseitigung dypnoetischer Beschwerden, besonders in Fällen von chronisch verlaufender Nephritis, Asthma bronchiale, Tussis convulsiva. Hierbei kommt wahrscheinlich auch Blutdrucksteigerung in Frage. 4) Wo es sich um rasche Kompensirung von Klappenfehlern und prompte Steigerung des Blutdruckes mit ausgiebiger Verlangsamung der Pulsfrequenz und Zunahme der Harnabsonderung handelt, ist Digitalis dem Strophanthus vorzuziehen, während letzteres bei Erschöpfung der Digitaliswirkung und bei dyspnoetischen Beschwerden meist mit Vortheil zu verwerthen ist. Bei solchen Fällen empfiehlt auch D. die bereits früher (Hochhaus, Fraenkel) erprobte Kombinirung beider Mittel. 5) Eine Cumulirung der Wirkung oder eine Abschwächung bei längerem Gebrauch konnte D. nie beobachten.

M. Cohn (Berlin).

21. Demme. Über Tuberculosis acuta miliaris im Kindesalter.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital 1887.)

Von 7 Fällen von akuter Miliartuberkulose, die D. im Berichtsjahre 1887 beobachtete, zeichnen sich 4 dadurch aus, dass dieselben von zum Theil frisch entstandenen, peripheren tuberkulösen Herden von theilweise sehr geringer Ausdehnung ihren Ursprung nahmen, während sich in den 3 übrigen Fällen die Krankheit an schon längere Zeit bestehende Visceraltuberkulose anschloss. Im 1. Falle entwickelte sich nach einer Auskratzung tuberkulöser Herde im Astragalus und Os scaphoideum bei einem 5jährigen Knaben die Miliartuberkulose nach 60 Stunden und führte nach weiteren 24 Stunden zum Tode. Bei einem 12 Wochen alten Mädchen, das schon seit 6 Wochen an Beschleunigung der Athmung leidet, treten in Zwischenräumen Anfälle von Dyspnoe auf. Der Tod tritt ganz plötzlich ein, nachdem die erste Temperatursteigerung erst 3 Tage vorher bemerkt worden ist. Als Ausgangspunkt ergiebt sich hier eine etwa haselnussgroße verkäste Bronchialdrüse. Der Tuberkelbefund in den Meningen ist sehr gering. Im 3. Falle schließt sich an eine Masernerkrankung bei einem 5jährigen Knaben eine Anschwellung der Lymphdrüsen der Unterkiefergegend; wenige Tage später stellt sich hohes Fieber, Dyspnoe, Cyanose ein. Bei der Autopsie findet sich nur in den submaxillären Lymphdrüsen eine ältere Tuberkelbildung; in allen inneren Organen zahlreiche Miliartuberkel. Im 4. Falle handelte es sich um primäre Nebenhoden-

tuberkulose, die sich im Anschluss an Parotitis entwickelte. Bei 2 Pat. bestand tuberkulöse Lungenphthise und trat die akute Miliartuberkulose während des Verlaufes einer exsudativen Pleuritis auf; in dem letzten Falle schließt sie sich an Darm- und Mesenterialdrüsentuberkulose an. Bemerkenswerth ist hier ein sehr protrahirter Verlauf mit fast intermittirendem Typus, so wie das Auftreten eines dem Scharlachexanthem ähnlichen Erythema fugax bei dem jedesmaligen Einsetzen des hochfebrilen Symptomenbildes. **M. Cohn** (Berlin).

22. Demme. Über eine Parotitisepidemie.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 51.)

Eine Reihe von mehr wie 100 Erkrankungsfällen, welche D. beobachtete, bietet manches Erwähnenswerthe. Zunächst konnte D. die Kontagiosität nachweisen, die Inkubationszeit schwankt von 8 bis 15 Tagen; in einem Falle brach die Erkrankung schon nach dem 3. Tage aus. Das Prodromalstadium berechnet sich auf 36—52 Stunden; gewöhnlich besteht nur Appetitverlust, Verstimmung etc., es kam aber auch zu Delirien und eklamptischen Anfällen. Die leichten Fälle zeigten eine Temperatur von 38,0—38,5, die schweren 39,0—40,0, ausnahmsweise 41,0. Die Anschwellung der Ohrspeicheldrüse vollzog sich bald fast plötzlich innerhalb 4 bis 24 Stunden, bald allmählich, so dass erst nach 5—8 Tagen das Maximum erreicht war. Überwiegend waren beide Parotiden befallen, nur vereinzelt die Unterkiefer- und Unterzungendrüse; gewöhnlich erfolgt eine konsensuelle Anschwellung der retro- und submaxillaren Lymphdrüsen. In einer erheblichen Zahl blieben diese Drüsen geschwollen auch nach Abheilen der Parotitis und wurden zu Herden tuberkulöser Infektion, wie D. in 5 Fällen durch die Exstirpation einzelner dieser inficirten Lymphdrüsen und nachfolgende Untersuchung nachweisen konnte. Die Ohrspeicheldrüsenentzündung nahm 8—14 Tage in Anspruch, das Fieber schwand nach 2—4 Tagen. Das jüngste Kind war 3 Wochen alt. Unter 117 Fällen waren 8 besonders schwer; 2 endeten letal durch eine folgende Gangrän der Parotis; bei 3 Pat. stellte sich eine brettartige Infiltration der Parotis und ihrer Umgebung bis abwärts über die Seitenflächen des Halses ein, aus welcher 2mal eine ausgedehnte Abscessbildung resultirte; 2 weitere Fälle wurden durch eine sich rapid entwickelnde Glomerulonephritis komplicirt, heilten aber; in einem weiteren Falle trat eine Otitis media mit Perforation des Trommelfelles hinzu. **Prior** (Bonn).

23. Demme. Ein Fall von multipler Synovitis scarlatinosa mit consecutiver Panarthritis.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital 1887.)

Ein von gesunden Eltern stammender kräftiger Knabe erkrankt bei Beginn des 4. Lebensjahres an Scarlatina. Mit Beginn der Abschuppung tritt unter Fieber eine sehr schmerzhafte Anschwellung der Schulter-, Ellbogen-, Hüft-, Knie- und Fußgelenke auf, der sich im Verlauf der folgenden 8—14 Tage eine eben solche Anschwellung fast sämmtlicher übrigen Körpergelenke zugesellt. Die Lokaluntersuchung ergab das Bestehen synovialer Ergüsse; jede Therapie — auch Natr. salicyl. wurde längere Zeit gegeben — blieb nutzlos und unter bald etwas stärkerer, bald wieder schwächerer Anschwellung der sämmtlichen primär ergriffenen Gelenke verfloss der Rest des 4. und die erste Hälfte des 5. Lebensjahres des Knaben. Dieser war inzwischen in seinem Kräftezustand sehr heruntergekommen, Schwund des Fettpolsters und der Muskulatur hatten einen erschreckenden Grad erreicht.

Am 28. November 1887 wird der Knabe in D.'s Spital aufgenommen und ergiebt der aufgenommene Status folgende wesentliche Punkte: Sämmtliche Gelenke zeigen eine bald mehr kugelige, bald mehr keulenartige derbe Anschwellung. Wesentlich aufgetrieben sind die Epiphysen, außerdem Erguss in die Synovialkapsel. Bewegungen schmerzhaft. Unterhalb des linken Unterkieferastes und in beiden Achselhöhlen Packete geschwollener Lymphdrüsen. Innere Organe normal, im Harn spärlich Albumen, reichliches Sediment von harnsauren Salzen, Krystalle von reiner Harnsäure. Temperatur und Puls normal. Psychische Entwicklung der Altersstufe entsprechend. Die Therapie bestand Anfangs in Sodabädern, Massage, Gebrauch von Fischthran und Liq. arsen. Fowleri, ohne dass dadurch eine Besse-

rung erzielt wurde. Von Anfang April 1888 nahm Pat. Jodkali in steigender Dosis bei gleichzeitiger äußerer Applikation von Jodtinktur. Nachdem diese Medikation 10 Wochen fortgesetzt war, zeigte sich entschieden Abnahme der Schwellung, so wie fast gänzliche Beseitigung der Schmerzhaftigkeit. Pat. erhielt dann noch mehrere Monate Jodeisen. Appetit und Gewicht des Knaben nahmen bedeutend zu. Eine Untersuchung der Lymphdrüsengeschwulst ergab das Vorhandensein von Tuberkelbacillen, während solche in der Gelenkflüssigkeit nicht gefunden wurden.

D. betrachtet den Fall als eine Synovitis scarlatinosa, an die sich eine Panarthritis mit besonderer Betheiligung der Epiphysen anschloss. Die Prognose stellt er nicht hoffnungslos, falls nicht eine tuberkulöse Gelenkerkrankung hinzutritt.

M. Cohn (Berlin).

24. **E. Albert** (Wien). Zur Lehre von der Gehirnerschütterung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 39.)

Verf. erzeugte durch Verhämmerung an 5 Hunden Gehirnerschütterung; sein Beobachtungsresultat steht im Gegensatz zu den bisherigen Vorstellungen über die Vorgänge bei der Erschütterung des Gehirns; er sah bei den in rascher Folge geführten Schlägen auf den Schädel eine Vagusreizung und eine Beschleunigung der Hirncirkulation (Beschleunigung des aus dem Schädel abfließenden Blutstromes unter Erhöhung des Blutdruckes). Verf. begnügt sich, die Thatsache mitzutheilen und verweist auf die Untersuchungen Gärtner's und Wagner's.

Rosenik (Berlin).

25. **Demme.** Auftreten von Chorea als Theilerscheinung einer Jodoformintoxikation.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital 1887.)

Nachdem D. einen Retropharyngealabscess, der sich durch Senkung einen Weg bis über die Mitte der rechten Clavicula gebahnt hatte, bei einem 6jährigen Knaben operirt und einen cariösen Knochenherd am 4. Halswirbel ausgekratzt hatte, legte er in die Öffnung ein Jodoform-Gelatinestäbchen, bestreute die Wunde mit Jodoformpulver und bedeckte sie mit Jodoformgaze. Am 3. Tage nach der Operation stellen sich Kopfschmerzen, Appetit- und Schlaflosigkeit ein, die nach einigen Tagen abnehmen. Dann wird der Verband gewechselt und in derselben Weise wieder angelegt. Am nächsten Morgen Erneuerung der früheren Beschwerden, dazu treten zuckende Bewegungen an Armen und Beinen. Letztere werden bald stärker, und es entwickelt sich das charakteristische Bild der Chorea minor. Nachdem nun auch Jod im Harn nachgewiesen, wird der Verband abgenommen und die Wunde von Jodoformresten gesäubert. Der Erfolg war kein augenblicklicher. Die Chorea dauerte an, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit waren sehr quälend. Erst nach 14 Tagen macht sich eine Besserung bemerkbar, allmählich verschwindet unter Darreichung von Arsen die Chorea, mit ihr die Begleiterscheinungen der Intoxikation und etwa 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung wird Pat. aufs Land geschickt. Nun bestand noch ein Fistelgang, und da dieser nicht ausheilte, wurden einen Monat darauf Ausspritzungen mit einer Jodollösung und Verband mit Jodolgaze in Anwendung gezogen. Nach 14tägigem Gebrauch dieser Mittel trat wiederum Chorea ein, begleitet von denselben Erscheinungen wie früher. Auch dieses Mal dauerte die Erkrankung 3 Wochen an.

D. macht besonders darauf aufmerksam, dass Chorea als Begleiterscheinung einer Jodoform- resp. Jodolintoxikation bisher noch nicht beschrieben ist.

M. Cohn (Berlin).

Berichtigung. In No. 17 d. Centralbl. p. 302 Zeile 19 von oben lies statt S. Huguenin: P. Huguenin.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. Sonnabend, den 11. Mai. 1889.

1. A. Stefani e C. Sighicelli. In qual modo il vago pulmonare modifica il ritmo del respiro quando aumenta e quando diminuirce la pressione nella cavità dei polmoni.

(Sperimentale 1888.)

Die Verff. sind der Meinung, dass bei den bekannten Versuchen von Hering und Breuer über die Selbststeuerung der Athembewegungen die Vermehrung und Verminderung des intrapulmonalen Druckes als wesentliches Moment in Betracht kommt. Indem sie Kaninchen verdichtete oder verdünnte Luft einathmen ließen, konnten sie ähnliche Athmungserscheinungen hervorbringen, wie sie Hering und Breuer beim Aufblasen und beim Collaps der Lungen beobachtet hatten. Schon geringe Druckvermehrung, welche die Lungen nicht einmal zu dehnen im Stande war, verur-

sachte Verlängerung der Athempausen; bei stärkerem Druck entstand aktiv-exspiratorischer Stillstand. Druckverminderung hatte eine tiefe und verlängerte Einathmung zur Folge, auch wenn dabei die Lunge ihr Volumen nicht merklich verringerte. Nach Durchschneidung der Nn. vagi blieben die erwähnten Erscheinungen, wie in den Hering-Breuer'schen Versuchen, aus.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. Goldscheider. Über den Muskelsinn und die Theorie der Ataxie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

Der Inhalt der vorliegenden, aus dem Berliner physiologischen Institut hervorgegangenen, umfangreichen Arbeit lässt sich hier nur kurz andeuten. Ihr Hauptwerth liegt in der experimentellen Analysirung der eine Bewegungsempfindung zusammensetzenden Elemente. Der Löwenantheil vom »Muskelsinn« im weiteren Sinne fällt dabei der Sensibilität der vom Muskel bewegten Theile, der sog. tiefen Sensibilität (Fascien, Periost, Bänder, Sehnen, Gelenkenden und Knochen) zu, während dem Muskelsinn s. s. als einer specifischen von den sensiblen Muskelnerven geleiteten Sensation, welche von dem jeweiligen Spannungszustand des Muskels Kunde giebt, nur eine sehr geringe, nach der Ansicht des Ref. zu geringe Rolle zugestanden wird.

Verf. experimentirt an den Phalangealgelenken der Finger und betrachtet gesondert:

1) Das Gefühl passiver Bewegungen. Wir verdanken dasselbe in der Hauptsache der tiefen Gelenksensibilität; es ist proportional der Drehung der Gelenke, also der stattgehabten Lokomotion und wird durch Anästhesirung der entsprechenden Hautpartie nicht beeinflusst.

2) Das Gefühl für aktive Bewegungen. Hier ist der Willensimpuls zur Bewegung zu unterscheiden von dem Gefühl der ausgeführten Bewegung. Dass ein specifisches in dem veränderten Spannungszustand des Muskels begründetes »Bewegungsgefühl«, also unabhängig von der tiefen Gelenksensibilität, existire, wird bestritten. Ist die ausgeführte Bewegung so klein, dass das Gefühl davon sich unter dem Schwellenwerth befindet (der eben so wie sub 1 experimentell nach Graden des Drehungswinkels im Gelenk festgestellt wird und etwas niedriger liegt als dort), so können wir nicht mit Bestimmtheit sagen, ob eine beabsichtigte Bewegung wirklich stattgefunden hat. »Der Ansicht von der Empfindung eines motorischen Impulses als Bewegung ist dieser Versuch nicht günstig« und wenn, wie Verf. dies experimentell bestätigt, eine Bewegungsvorstellung oder der Versuch, in der Vorstellung eine Bewegungsempfindung zu reproduciren, von einer wirklichen graphisch zu fixirenden Bewegung begleitet wird, so fänden außer den mit der Lokomotion verknüpften Empfindungen anderweitige centripetale Erregungen nicht

statt. Gelenkgefühl und Sehnengefühl (in Folge Kontraktion des Muskels und seines Antagonisten) machten das Gefühl für aktive Bewegungen. Allerdings vermögen wir selbst komplicirte Bewegungen im Beginn unmittelbar einzustellen, d. h. auf Grund der gefassten Bewegungsvorstellung und der nach den gesammelten Erfahrungen mit dieser verknüpften Muskelinnervationen, solche in zweckmäßiger Weise zu vertheilen; die Sensibilität hat aber dabei die Einstellung zu bestätigen und das Bewegungsgefühl hat nunmehr die Bewegung während ihres ganzen Verlaufs zu reguliren.

3) Vorstellung von der Lage der Glieder. Während wir von der Form und Größe unserer Glieder nur durch Bewegung und Berührung derselben eine Vorstellung erhalten, konkurriren bei der Vorstellung von ihrer Lage die oberflächlichen und tiefen Sensationen, die von der Spannung der Sehnen und ihrer Adnexa, so wie von den Dehnungen und Faltungen der Haut herrühren — mit den an den Gelenkenden entstehenden Empfindungen.

Während nun G. für den eigentlichen Muskelsinn nur jene dumpfen, sich bis zum Schmerz steigernden, Gefühle in Anspruch zu nehmen geneigt ist, welche bei Druck auf den Muskel oder bei einer starken Muskelkontraktion (als Müdigkeits- und Anstrengungsgefühl) entstehen, muss er doch für die Augenmuskeln und die der Sprache dienenden Stimmbandmuskeln zugeben, dass hier das besonders fein ausgebildete Muskelgefühl »in der That das Substrat der Lagewahrnehmung« ist und dass die hier so fein abgestuften Bewegungen nur erworben sein können durch sehr feines Unterscheidungsvermögen für den Kontraktionszustand.

Auch zur Erklärung der

4) Wahrnehmung des Widerstands und der Schwere kommt er ohne einen feinen Muskelsinn nicht aus.

Das Kapitel über Ataxie geht von dem Einfluss der peripheren Sensibilität auf die Koordination der Bewegungen aus. Überträgt er die Bewegungen des Fingers bei Beugung und Streckung auf eine rotirende Trommel, so werden bei Anästhesirung des Fingers durch den faradischen Strom die Bewegungen schnell und excessiv; außerdem zeigt die hohe und steile Kurve Absätze. Diese Absätze werden noch viel auffälliger, wenn beim Impuls zur Bewegung die Aufmerksamkeit auf das »Bewegungsgefühl« gerichtet ist. (Sollte hier nicht die persönliche Gleichung mit im Spiel sein, da doch Bewegungsimpuls und die auf das Bewegungsgefühl gerichtete Vorstellung nicht gleichzeitig statthaben können? Ref.) Bei möglichster Ausschaltung letzterer — wie dies bei Zuhilfenahme des Gesichts der Fall — wird die Kurve annähernd normal.

Zum ataktischen Gang wirkt Herabsetzung des Bewegungsgefühls im Hüft- und Kniegelenk (Leyden) zusammen mit Herabsetzung des Spannungsgefühls in den Sehnen, wodurch die antagonistische Zügelung der Bewegung vermindert wird. »Der Kranke, in der Absicht, sich ein schwaches oder mäßiges Bewegungsgefühl

zuzuführen, bringt die Muskeln zu schneller und ergiebiger Kontraktion, die Beine in rapide Bewegung und hat dabei das Gefühl eine normale und langsame Bewegung zu machen.« Richtungsabweichungen lassen sich erklären aus der Abstumpfung des Bewegungs-Widerstands- und Lagegefühls. **Tuczek** (Marburg).

---

3. E. Roux und A. Yersin. Contribution à l'étude de la diphthérie.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1888. No. 12.)

Die mikroskopische Untersuchung der Pseudomembranen, so wie das Verhalten der Reinkulturen anlangend, decken sich die Resultate der Verff. mit denen Löffler's; eben so haben ihre Impfversuche zum Theil zu übereinstimmenden Resultaten geführt, nämlich in so fern, als sie die Verimpfung auf die Schleimhäute betrafen. Bei dieser konnten sie, wenn die Schleimhaut vorher lädirt war, gleichfalls Pseudomembranen im Pharynx, der Trachea, Conjunctiva und Vulva bei Kaninchen, Tauben und Hühnern erzeugen. Eben so positive Ergebnisse erhielten sie aber auch im Gegensatz zu Löffler bei subkutaner und intravenöser Verimpfung, eine Differenz, die sie auf stärkere Virulenz ihrer Kulturen zurückführen; die Einspritzung einer ausreichenden Dosis führte stets den Tod der Thiere herbei; die Autopsie ergab Ödem an der Injektionsstelle, Hyperämie der inneren Organe, beim Kaninchen außerdem Fettdegeneration der Leber, beim Meerschweinchen pleuritische Ergüsse. Durch längeres Alter werden die Kulturen etwas, doch in nicht konstanter Weise abgeschwächt. In dem lokalen Ödem findet man die Bacillen eben so wie in den erzeugten Pseudomembranen, jedoch in beiden viel weniger reichlich als bei der Diphtherie des Menschen. Blut und innere Organe enthalten sie nur ausnahmsweise.

R. und Y. konstatirten ferner bei ihren Versuchsthieren verhältnismäßig häufig paralytische Symptome; sowohl bei Einverleibung auf die Schleimhaut, wie bei Einführung ins Venensystem sahen sie bei Kaninchen, wenn dieselben die unmittelbaren Wirkungen überstanden hatten, das Auftreten von Lähmungen, die in den Hinterextremitäten begannen und zumeist durch Fortschreiten auf die Respirationsmuskeln zum Tode führten.

Wenn die Verf. die Bouillonkulturen durch Filtration bacillenfrei machten und dann injicirten, so konnten sie bei Kaninchen und Meerschweinchen ebenfalls den Tod und dasselbe anatomische Bild erzielen, wie bei Anwendung der unveränderten Kulturen. Die Allgemeinerscheinungen der Diphtherie würden demnach auf die Wirkungen eines löslichen Giftes, des Produktes der Diphtheriebacillen, zurückzuführen sein, die Abwesenheit der Bacillen im Blute und den inneren Organen ihr Auffallendes verlieren und die Diphtherie in die Reihe der durch Intoxikation wirkenden Infektionskrankheiten

eintreten. **Mäuse und Ratten verhalten sich, wie dem Bacillus, so auch dem Gifte gegenüber fast refraktär.**

Bei Anwendung großer Giftmengen sahen R. und Y. das Auftreten heftiger Diarrhoen. Eine Erkundigung bei der Oberwärterin (!) des Diphtheriepavillons bestätigte, dass auch beim Menschen schwere septische Diphtherien mit Diarrhoen einhergehen und letztere prognostisch ein Signum mali ominis seien; eine Thatsache, die sie unbegreiflicherweise für bisher unbekannt halten.

Strassmann (Berlin).

---

4. **S. Sirena** e **G. Alessi.** Azione della creolina sul bacillo-virgola di Koch.

(Riforma med. 1888. No. 257 u. 258.)

Die Verf. finden, dass 10, 9, ja 8 Tropfen einer 3%igen wässrigen Creolinlösung genügen, um eine reine Choleravibrionenkultur in Bouillon binnen 5 Minuten zu vernichten; dass 4 Tropfen derselben in einer Stunde, 5 Tropfen in einer halben und 6 Tropfen in einer viertel Stunde jene sterilisirende Wirkung üben, während in verhältnismäßig kürzeren Zeiträumen der Einwirkung eine Verzögerung des Kulturwachsthums ersichtlich wird. 1—4 Tropfen der Lösung auf 6 ccm der Nährbouillon verhindern das Wachsthum der Mikrobenaussaat; 2 Tropfen zum wenigsten machen eine gleiche Menge Agar-Agar unfruchtbar; indessen kommt es bei der großen Neigung des Agar-Agar zur schnellen Gerinnung vor, dass das Creolin sich nicht mit allen Theilen dieses Nährbodens mischt, woher denn in einzelnen Plattenkulturen und Tubenkulturen öfter verstreute spärliche Vibriokolonien entstehen können. 1—3 Tropfen einer 1%igen Creolinlösung auf 6 ccm Nährbouillon verzögern die Entwicklung des Cholerabacillus; 4, 5 und mehr Tropfen verhindern sie durchaus.

Denselben Erfolg erreicht man in erstarrter Nährgelatine erst mit 4 Tropfen einer 3%igen Creolinlösung. Um eine Cholerakultur zu zerstören, bedarf es einer größeren Menge und Koncentration der Creolinlösung als da, wo es sich darum handelt, die Entwicklung ihrer Keime zu verhindern; also dass, während 4 Tropfen einer dreiprocentigen Lösung erforderlich sind, um in einer Stunde eine ausgewachsene Kultur zu vernichten, 4 Tropfen einer einprocentigen Lösung ausreichen, um 10 ccm von Nährbouillon unfruchtbar zu machen.

Die Creolinlösungen verlieren mit der Zeit an Wirkungskraft, um schließlich gänzlich wirkungslos zu werden, müssen daher stets frisch zubereitet werden, wo man es auf eine sichere Wirkung absieht.

Über die tödliche Wirkung des Creolin auf den Tuberkelbacillus versprechen die Verff. ausführliche Mittheilungen.

G. Sticker (Köln).

---

5. C. **Bernabei** e G. **Sanarelli.** Prime ricerche batteriologiche sul cancro.

(Bollet. della sez. dei cult. delle scienze med. di Siena 1888. Fasc. 1.)

Aus Geschwülsten krebsiger Natur konnten B. und S. regelmäßig Mikroorganismen gewinnen, die durch morphotische und biologische Eigenthümlichkeiten charakterisirt sind: **Bacillen** von 0,004 bis 0,002 mm Länge, an den Enden leicht abgerundet, sich mehr oder weniger gut in einer 1‰igen wässrigen Gentianaviolettlösung färbend, mit Ausnahme des Centrums, das jeder Färbung widersteht; sie bilden eine platte runde Kolonie mit ausgezackter Grenze, von perlmuttergrauer Farbe; daneben Staphylokokken, die sich zu Zoogloeamassen vereinigen und eine runde gelbpommeranzenfarbige Kolonie bilden. In Züchtungsversuchen jener Bacillen (z. B. auf Agar bei 35° C.) ergab sich, dass sie theils durch Sporenbildung, theils durch direkte Theilung sich vermehren, so zwar, dass beide Processe in einer und derselben Kolonie neben einander her verlaufen oder gesondert in verschiedenen Kulturen auftreten können. Auf der Kartoffel z. B. vermehren sich die aeroben Bacillen lange Zeit durch Theilung und erst nach Verlauf von etwa 10 Tagen gewahrt man hier und da sporenhaltige Formen. Auf normalem saurem Harn wachsen die Bacillen leicht, niemals aber auf Nährgelatine (bei derselben Temperatur, bei welcher die Kartoffelkolonien auswuchsen).

Impfungen mit den Bacillenkulturen in das Unterhautzellgewebe von Kaninchen hatten die örtliche Bildung von Tumoren zur Folge, welche aus einem käsigen Centrum und zahlreichen jungen Bindegewebselementen und epithelioiden Zellen bestanden mit reichlichem Gehalt der eingeimpften Bacillen; nebenher eine allgemeine Kachexie, die in mehreren Tagen zum Tode führte; die Sektion ergab Bacillen in allen drüsigen Organen des Bauches, im Blute und im Pleurainhalt.

Injektionen von »Krebssaft« hatten stets negativen Erfolg an verschiedenen Applikationsstellen, und zwar sowohl bei Kaninchen wie bei Hunden.

G. **Sticker** (Köln).

---

6. E. **Sehrwald.** Zur Fettresorption im Darm.

(Sep.-Abdr. aus dem Korrespondenzblatt des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1888. No. 6.)

S. fand bei Fröschen 4—5 Stunden nach Verfütterung von Olivenöl die Cylinderzellen des Darmes mit Fett erfüllt (Osmiumreaktion); die Fetttropfen erschienen besonders in zwei oberhalb und unterhalb des Kermes gelegenen Zonen. Hatte er dagegen den Thieren vor der Fütterung 1—2 ccm einer gesättigten Lösung von Chininsulfat in den Darm gebracht, so blieben die Epithelzellen völlig frei von Fett. Das Chinin hatte also die Fettresorption verhindert. S. glaubt, dass das Chinin, das ja durch Binz als Protoplasmagift erwiesen ist, die aktive protoplasmatische Thätig-

keit des Darmepithels, die zur Fettaufnahme unerlässlich ist, lahm gelegt habe.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

7. **Ch. Achard.** De l'intoxication hydatique.

(Arch. génér. de méd. 1888. p. 410 u. 572.)

Verf. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit dem Studium eines Symptomenkomplexes, welcher in häufigen Fällen dem Durchbruch einer Echinococcusblase folge und welcher auf eine Vergiftung mit Stoffen, die in der Blase vorhanden, zurückzuführen sei.

Wenn Verf. zum Eingang der klaren Hydatidenflüssigkeit die Fähigkeit abspricht, eine akute Entzündung seröser Häute beim Durchbruch zu erzeugen und dadurch zum Tode zu führen, wird man ihm nicht unbedingt zustimmen können; namentlich sind die von ihm citirten Thierexperimente nicht stichhaltig, da es bekanntlich bei Hunden selbst mit Jaucheinjektion kaum gelingt, eine akute Peritonitis zu erzeugen. (Ref.)

Von toxischen Symptomen erwähnt Verf. zunächst eine allgemeine Urticaria, welche selbst nach der Aufnahme sehr geringer Mengen Hydatidenflüssigkeit in den Organismus des Wirths zum Ausbruch komme; sogar nach kleinen Punktionen mit Pravaz'scher Spritze habe man dieselbe beobachtet und man müsse annehmen, dass dabei eine kleine Menge des giftigen Blaseninhaltes in die Bauchhöhle durchgesickert sei. Seltsamerweise beobachte man eine solche Urticaria nur nach der ersten Punktion — nicht nach der folgenden; das sei wohl auf eine Immunisirung des Körpers zurückzuführen; ferner habe Debove bei einigen Individuen subkutan filtrirten Cysteninhalt injicirt (gefährliches Experiment! Ref.) und danach Urticaria-Eruption gesehen. Die Gesammtheit der Beobachtungen ließe sich nicht anders deuten, als durch Annahme einer Vergiftung — ob dieselbe nun direkt auf die Haut oder erst durch Vermittelung des Nervensystems auf dieselbe wirke, sei zunächst gleichgültig.

Gleichfalls zu den Intoxikationserscheinungen rechnet Verf.: Ohnmachtsanfall, Dyspnoe, Kühle der Extremitäten, Übelkeit und Erbrechen, Collaps im Allgemeinen, Verdauungsstörungen, Fieber.

Auch die Fälle plötzlichen Todes nach Spontandurchbruch rechnet Verf. den Vergiftungen zu.

Zum weiteren Beleg seiner Ansichten bezieht sich Verf. auf die Untersuchungen von Mourson und Schlagdenhauffen, welche im Hydatideninhalt Ptomaine nachwiesen, und zwar sei die Menge derselben eine größere zur Zeit des Neuwachsthums von Tochterblasen, geringer bei Stillstand des Wachsthums.

Der Arbeit sind zahlreiche Krankengeschichten im Auszug eingefügt.

von Noorden (Gießen).

---

8. H. Leo. Über die Funktion des normalen und kranken Magens und die therapeutischen Erfolge der Magenausspülung im Säuglingsalter.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 49.)

Verf. hat bei einer großen Zahl von Säuglingen mittels der Sonde und an der Hand der modernen Methoden die Funktionsleistung des kindlichen Magens geprüft. Kurz nach der Nahrungsaufnahme erweist sich der Mageninhalt, besonders bei älteren Säuglingen reichlich, mit Schleim versetzt, bei Neugeborenen finden sich braune, von zersetztem Blutfarbstoff herrührende Streifen. Auch weiße Blutzellen werden gefunden, später verschwinden sie. Die Dauer der Anwesenheit der Milch im Magen unterliegt Schwankungen. In den ersten Wochen ist der Magen häufig schon nach einer Stunde leer, bei älteren Kindern (1½ Monat) liegt das Maximum der Entleerungszeit bei 1½ Stunden; nach 2 Stunden wird der Magen auch bei noch älteren Kindern leer gefunden. Auch nach der Entleerung finden sich geringe Residuen des Verdauungsprocesses. Gleich nach der Nahrungsaufnahme reagirt der Mageninhalt je nach der Reaktion der Milch verschieden, nach 15 Minuten ist aber deutlich saure Reaktion wahrnehmbar, die allmählich zunimmt; freie Säure lässt sich erst in sehr späten Stadien, zuweilen jedoch überhaupt nicht nachweisen. Neben Salzsäure war auch Milchsäure zu konstatiren. Im nüchternen Magen lässt sich fast ausnahmslos freie Salzsäure nachweisen, allerdings in geringeren Werthen als beim Erwachsenen. In 2 Fällen war bei Neugeborenen 2—3 Stunden nach der Geburt HCl im nüchternen Magen zu finden. Während der Verdauungsperiode wird Salzsäure abgeschieden, aber durch die Milch zunächst gebunden. (Auf diese Thatsache ist bereits vom Ref. in einem Referat über die »Krankheiten der Verdauungsorgane«, Berliner klin. Wochenschrift 1888 No. 6 und 7 ausdrücklich hingewiesen.) Stets lässt sich in dem mit Salzsäure versetzten Magenfiltrat das eiweißverdauende Ferment nachweisen. Auch Labferment fand Verf. stets im Mageninhalt Neugeborener. Eine auffällige Differenz zwischen dem kindlichen Magen und dem Erwachsener liegt darin, dass ersterer gekochte Milch nicht zur Gerinnung bringt, während dies beim Erwachsenen konstant (nicht »sehr häufig«, wie L. sagt, Ref.) beobachtet wird. Die Untersuchung der verdauten Milch ergiebt deutliche, wenn auch geringe Pepton- und Propeptonanwesenheit. Nach L. geht die wesentliche Verdauung der Milch erst im Darm vor sich.

Weiter hat Verf. das Schicksal der mit der Milch aufgenommenen Mikroorganismen untersucht, und zwar unmittelbar und 1 Stunde nach der Nahrungsaufnahme. In der zweiten Probe war die Zahl der entsprechenden Kulturen eine ungleich geringere als in der ersten.

Die Untersuchungen an Kranken beziehen sich auf die verschiedensten akuten und chronischen Magen-Darmaffektionen. Häufig,

besonders bei chronischer Gastritis, fand Verf. beträchtliche Schleimmengen, so wie zähe pseudomembranöse aus Mucin, Epithelzellen, Lymphzellen, Hefezellen und Bakterien bestehende Coagula. In vielen Fällen wurde Verlangsamung der motorischen Thätigkeit konstatirt —, die aber nicht Ursache, sondern Folge der Krankheit ist. Die Reaktion des Mageninhaltes ist fast stets sauer, doch ist die Säure meist durch Milchsäure und Fettsäuren (Buttersäure, Essigsäure), zuweilen aber auch durch HCl bedingt. Pepsin, so wie Lab waren in den meisten Fällen vorhanden.

Therapeutisch hat sich Verf. besonders die Magenausspülung nach dem Vorgang von Epstein bewährt. Die Spülflüssigkeit versetzt L. mit einigen Tropfen alkoholischer Thymollösung. Nach der Ausspülung verordnet er reine oder verdünnte, resp. mit Haferschleim versetzte Milch oder nur Haferschleim. Besonders günstig beeinflussten die Magenausspülungen das Erbrechen, welches meist sofort sistirte. Viel weniger günstig waren die Erfolge bei der Cholera infantum. Bei einigen Fällen von chronischem resp. subakutem Magenkatarrh waren die Erfolge günstig, bei anderen, weiter vorgeschrittenen, weniger zufriedenstellend. Im Ganzen will L. den Magenausspülungen weitere Grenzen eingeräumt wissen als bisher.

Boas (Berlin).

---

9. **H. Haas.** Über Acetanilidbehandlung des Abdominaltyphus.

(Prager med. Wochenschrift 1888. No. 34—37.)

Auf Grund sehr zahlreicher Beobachtungen gelangte H. zu folgenden Schlüssen: Die Wirkungen des Antifebrin auf die Fiebertemperatur beim Abdominaltyphus und die mit ihr verknüpften Nervenstörungen sind außerordentlich sicher, einfach erreichbar und unschädlich. Sehr zu schätzen ist der günstige Einfluss, den das Mittel auf die Ernährung des kranken Organismus nimmt; es macht keine Verdauungsstörungen, wird ohne Widerstreben genommen und belebt energisch das Nahrungsbedürfnis. Die lästigen Nebenwirkungen sind mehr eine Folge unvorsichtig gereichter großer Dosen. Zur Bekämpfung hyperpyretischer Temperaturen sind größere Dosen angezeigt, zumeist genügt aber auch für solche Fälle die successive Darreichung einer 2grammigen Tinktur. 2grammige Dosen mehrere Tage hindurch zu verabreichen hält H. für zwecklos, einmal weil dieselben nicht viel mehr als 1grammige Dosen leisten, andererseits bringen sie leicht Collapsschüttelfröste hervor. Manche Individuen sind überhaupt sehr empfindlich, selbst gegenüber einmaligen größeren Dosen. Nach Verf. beginne man stets mit 1grammigen Tagesdosen und zwar so früh als möglich, lasse die ganze Dosis bei Tage innerhalb 10 Stunden nehmen und sistire des Nachts die Medikation. Je größer unter dieser Behandlung die Differenz der Morgen- und Abendtemperaturen wird, desto vorsichtiger schränke man die Dosis ein. Frostschauer mit nachfolgendem Schweiße mahnen zur Vorsicht.

Dem rasch wachsenden Nahrungsbedürfnis werde zweckmäßig entsprochen. Nach H.'s Meinung steht die Antifebrinbehandlung in ihrer charakteristischen Wirkung der Kaltwasserbehandlung am nächsten, sie ist aber viel leichter durchführbar. Als Kontraindikation sind Darmblutung, Perforation, Lungenkomplikationen zu betrachten, während Collaps und Herzschwäche die Antifebrindarreichung nicht unbedingt verbieten. **E. Schütz** (Prag).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **Klemperer.** Zur Lehre von der Trichterbrust.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 36.)

K. stellte im Verein für innere Medicin 3 Fälle mit Trichterbrust vor. Die ersten zwei betrafen Brüder, deren Mutter, Großmutter und Urgroßmutter die gleiche Missbildung der Brust besessen hatten. Außerdem ist die ganze Familie dieser Pat. psychisch tief belastet, während die Pat. selbst geistig gesund erscheinen. Der dritte Pat. ist von Geburt an epileptisch und geistig zerrüttet.

Da auch bei mehreren in der Litteratur bekannten Fällen (neuralgische Belastung vermerkt ist, glaubt K. die Trichterbrust in vielen Fällen aus der Sphäre einer anatomischen Kuriosität erheben und sie zum Ausdruck gleichzeitig bestehender hereditärer neuropathischer Belastung oder psychischer Degeneration machen zu müssen. **Seifert** (Würzburg).

11. **Engelmann.** Kann eine Übertragung der Tuberkulose durch die Wohnräume erfolgen?

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Verf. berichtet eine interessante Beobachtung über die Übertragung der Tuberkulose durch die Wohnräume. In einer neu erbauten, verhältnismäßig gesunden Wohnung waren 8 Jahre lang keine Fälle von Lungenschwindsucht vorgekommen. Darauf bezogen zwei hochgradig Schwindsüchtige die Zimmer, lebten in denselben einige Monate und gingen schließlich an Phthisis zu Grunde. Von da an bezogen verschiedene Familien, von denen einige, in keiner Weise hereditär belastet, bisher gesund gewesen waren, die Wohnräume. Nie fand sich beim Wechsel der Bewohner die nöthige Zeit, um die Zimmer gründlich zu reinigen. Innerhalb von 12 Jahren kamen nun 12 Todesfälle an Tuberkulose in der Wohnung selbst oder doch bald nach dem Verlassen derselben vor. Es ist diese Thatsache um so auffälliger, als, da in dem Hause noch 10 andere Wohnräume sich befanden, welche von Familien bewohnt wurden, die genau unter denselben äußeren Verhältnissen lebten und häufig ihr Domicil wechselten, während derselben Zeit in sämmtlichen anderen Wohnungen nur 7 Personen an Tuberkulose verstarben. Verf. ist der Ansicht, dass die Übertragung der Tuberkulose durch inficirte Wohnräume vielleicht häufiger vorkomme, als man bisher anzunehmen geneigt sei. **Peiper** (Greifswald).

12. **W. Brodowski** und **T. Dunin** (Warschau). Ein Fall der sog. »Weil'schen infektiösen Krankheit« mit letalem Ende.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 4—5.)

Ein 36jähriger Arbeiter kam am 12. December 1887 in das Hospital, nachdem er etwa 10 Tage vorher mit Kopfschmerzen, wiederholtem Schüttelfrost, Nachtschweißen, Leibschmerzen und Stuhlverstopfung erkrankt war. Bei der Aufnahme waren bei dem kräftigen, gut genährten Manne die Hautdecken und Conjunctiva ikterisch, die unteren Extremitäten geschwollen, die Leber und Milz vergrößert, die Drüsen allenthalben geschwollen und schmerzhaft, die Knochen druckempfindlich. Der Urin enthielt Gallenfarbstoff, Eiweiß und hyaline Cylinder; die weißen Blutkörperchen waren vermehrt, die Temperatur fieberhaft erhöht, es bestanden heftige Leibschmerzen und leichte Bronchialerscheinungen. Das Fieber nahm zu, der Ikterus steigerte sich, eben so die Leibschmerzen und die Druckempfindlichkeit der Leber und am 17. December trat der Tod ein.

Bei der 24 Stunden danach vorgenommenen Sektion fanden sich die Leber groß, die Milz um das 5fache und die Nieren um das 2fache vergrößert; die Mesenterialdrüsen und peripher gelegenen Lymphdrüsen gleichfalls geschwollen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich in der Lunge kleinzellige Infiltration der Wände der Lungenalveolen neben starker Hyperämie und Blutextravasaten, eben so in der Milz. In der Leber betraf die kleinzellige Infiltration das interstitielle Bindegewebe, die Umgebung der Pfortaderästchen und der Lebervenen, doch war die intraacinöse Infiltration geringer als die interacinöse; die Leberzellen waren theilweise atrophisch, theilweise aufgequollen und getrübt. Auch in der Niere zeigte sich kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, besonders in der Rindensubstanz; die Epithelzellen der gewundenen Kanälchen waren stark aufgequollen und getrübt, verlegten das Lumen und erweiterten sie an einigen Stellen derart, dass das zwischen den Kanälchen gelegene Bindegewebe zu verschwinden schien; ähnliche Veränderungen, aber in geringerem Grade, waren auch im Epithel einiger gerader Kanälchen bemerkbar. Bei der bakteriologischen Untersuchung fanden sich nur selten zwischen den zelligen Infiltraten unregelmäßige Zellen, die mit Mikrokokken gefüllt waren; Kulturversuche aus der Milz misslangen; aus den Lymphdrüsen ließ sich der Staphylococcus albus züchten.

Abweichend von den bisher beschriebenen Fällen ist hier im klinischen Bilde der excessive Leberschmerz, die Schwellung der unteren Extremitäten, so wie die Schwellung der Lymphdrüsen. **Goldschmidt** (Nürnberg).

13. **R. Fichtner.** Zur pathologischen Anatomie der Nieren bei Diabetes mellitus.

(**Virchow's** Archiv Bd. CXIV. Hft. 3. p. 400.)

In 2 Fällen von Coma diabeticum fand der Verf. neben der glykogenen Degeneration der Henle'schen Schleifen eine nach seiner Ansicht charakteristische Verfettung des größten Theiles der Nierenrinde. Zellnekrosen und entzündliche Processe fehlten. Die Fettkörnchen lagen nicht diffus in den Epithelzellen verstreut, sondern in einer Reihe angeordnet an der Basis der Zellen, wie durch eine Zeichnung veranschaulicht wird. (Dass bei Coma diabeticum neben der Glykogenanhäufung Verfettung der Nierenrinde regelmäßig gefunden wird, ist schon vor Jahresfrist von dem Ref. in den Verhandlungen der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden ausgesprochen worden [XI. Sitzung 3. December 1887]. Die von dem Verf. angegebene Anordnung der Fetttröpfchen kann nicht als charakteristisch angesehen werden; in den 4 vom Ref. darauf hin untersuchten Fällen fanden sich die Fetttröpfchen ziemlich gleichmäßig in den Zellen vertheilt. Das Fehlen von Epithelnekrosen und interstitiellen Entzündungsherden kann Ref. bestätigen.)

F. Neelsen (Dresden).

14. **E. Neumann** (Königsberg). Zur Kenntnis des Icterus neonatorum.

(**Virchow's** Archiv Bd. CXIV. Hft. 3. p. 394.)

Nicht nur bei deutlich ikterischen Kindern, sondern auch in den Leichen anderer Neugeborener und schon bei Früchten, welche während oder unmittelbar nach der Geburt sterben, finden sich Bilirubinausscheidungen, namentlich in den Fetttäubchen des Netzes. Durch postmortale Zersetzung von diffundirtem Blutfarbstoff (wie sie bei mumificirten und todtfaulen Früchten vorkommt) kann in diesen Fällen die Gallenfarbstoffausscheidung nicht erklärt werden; auch postmortale Gallenimbibition ist auszuschließen. Es scheint danach die Annahme berechtigt, »dass schon zur Zeit der Geburt bei vielen, übrigens normalen Kindern, eine gewisse geringe, zur Erzeugung einer wahrnehmbaren ikterischen Färbung nicht ausreichende Menge von Gallenfarbstoff sich in gelöstem Zustande im Blute und in den Gewebssäften befindet«. Nach dieser Annahme wäre in dem Icterus neonatorum nicht mehr eine durch den Übergang in das extra-uterine Leben hervorgerufene Krankheit, sondern vielmehr nur eine Steigerung gewisser, innerhalb der physiologischen Grenzen gelegener Vorgänge des fötalen Lebens zu erblicken.

F. Neelsen (Dresden).

15. **E. Cohn.** Delirium tremens im Kindesalter. (Aus dem städt. Krankenhaus Friedrichshain in Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 52.)

Bei einem 5jährigen Knaben stellte sich im Anschluss an ein schweres Trauma — Fraktur des Oberschenkels — ein ausgesprochenes Delirium potatorum ein, das sehr rasch und plötzlich unmittelbar nach Entziehung des gewohnten Alkohols ausbrach und mit bei Kindern sonst nicht beobachtetem Tremor verbunden war, aber nur ca. 24 Stunden andauerte. Geistige und körperliche Entartungserscheinungen hatte Pat. nicht aufzuweisen, auch bestand keine Leber- oder sonstige Organerkrankung. Auf eine einige Wochen später auftretende Masernerkrankung blieb der Alkoholismus ohne Einfluss. **Markwald** (Gießen).

16. **Griffitt.** Bemerkungen über Antipyrinbehandlung des Keuchhustens.

(Therap. Gaz. 1888.)

Verf. berichtet über 8 Fälle. In der Hälfte derselben soll eine Wirkung beobachtet sein. Therapeutische Versuche über ein Heilmittel mit einer derartig geringen Zahl von Fällen sind für die Beurtheilung des Medikaments unserer Erfahrung nach vollständig unmaßgeblich. Wir haben in der Kinderpoliklinik der Charité bei über längere Zeit fortgesetzten Versuchen nicht die mindeste Wirkung von Antipyrin bei Keuchhusten gesehen. **P. Meyer** (Berlin).

17. **Thyssen.** Hérédité similaire dans un cas de maladie de Basedow; disparition du goître par des injections de teinture d'jode.

(Progrès méd. 1889. No. 4.)

In einer neuropathisch stark belasteten Familie wurden Mutter und Tochter fast in gleichem Lebensalter von dem Morbus Basedowi befallen. Die Symptome waren nicht die gleichen bei beiden. Die Struma der Tochter, die die Größe einer großen Mandarine hatte, behandelte T. mit Jodinjektionen. Nach 22 Injektionen innerhalb 2 Monaten war der Tumor auf Nussgröße gefallen. Gleichzeitig besserten sich alle übrigen Symptome erheblich. Der Tumor soll bald darauf spontan ganz verschwunden sein. **A. Neisser** (Berlin).

18. **Fr. Schultze** (Dorpat). Seltene Symptomenkomplexe bei Nervenkranken.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 15 u. 16.)

21jähriger Schuhmacher, bei dem Lues und nervöse Belastung fehlten, bemerkte eine allmählich zunehmende Schwäche der rechten Extremitäten mit Vertaubungsgefühl in dem rechten Arme; vorübergehende Schlingbeschwerden.

Beide Augen bieten »Intentionsnystagmus« dar, besonders bei dem Blicken nach links. Parese des Gaumensegels, Verlust der Reflexerregbarkeit des Pharynx. Atrophie der linken Zungenhälfte, welche unaufhörlich starke fibrilläre Zuckungen zeigt. Fehlen des Niesreflexes. Spastische Parese der rechtsseitigen Extremitäten mit Steigerung der Muskel- und Sehnenreflexe, mit Fußklonus und mäßiger Atrophie. —

Bei einem 28jährigen Manne zeigten sich Parästhesien und Steifheit in den Beinen, Steifheit und Schmerz in dem Rücken, Erschwerung des Lesens und des Nahesehens. Es besteht Romberg'sches Symptom, Ataxie der unteren Extremitäten bei Erhaltensein von Tast- und Temperatursinn. Muskelgefühl der Beine ist gestört. Die Kniephänomene sind lebhaft; links Andeutung von Fußklonus. Bauch- und Plantarreflexe fehlen, Cremasterreflex erhalten. Die Augenbewegungen sind nach allen Richtungen hochgradig beschränkt und nur mit einem gewissen Ruck ausführbar, wobei die Muskeln bald erschlaffen. Die Pupillen reagiren nicht auf Licht und Konvergenz. Sehschärfe ist herabgesetzt.

J. Ruhemann (Berlin).

19. **A. Adamkiewicz** (Krakau). **Halbseitige fortschreitende Gehirnnervenlähmung.**

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 2—4.)

Bei einer 56jährigen Frau zeigte sich zunächst heftiger Kopfschmerz in der rechten Stirn- und Schläfengegend, so wie Schlaflosigkeit. Die Untersuchung ergab Ptosis dextra, Lähmung des R. externus und Obliquus sup. rechts, träge Reaktion der stärker, als die linke, erweiterten rechten Pupille, Deviation der Zunge nach rechts, Anästhesie der drei rechten Trigeminusäste, Verlust der Geschmacksempfindung der rechten Zungenhälfte und Aufhebung der reflektorischen Thränensekretion an dem rechten Auge.

3 Monate später totale rechte Ophthalmoplegie mit Mydriasis und Aufhebung der Pupillarreaktion an dem rechten Auge. Lähmung der motorischen Portion des rechten Quintus und Atrophie der Kaumuskeln. Verdickung des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers.

4 Monate später Paralyse des rechten Facialis und Acusticus. In kurzer Zeit entwickelt sich rechts Amaurose (Sehnervenatrophie). Hemiatrophia dextra linguae, vollkommene Bewegungslosigkeit des linken Stimmbandes (Kadaverstellung); enorme Tachykardie (192 Schläge). Schluckbeschwerden. 3 Tage vor dem Tode völlige Unfähigkeit zu schlucken und Aphthongie.

Die Sektion ergab das Vorhandensein eines Carcinoms, welches das rechte Antrum Highmori ausfüllte und den Schädel an dem Proc. clinoid. ant. und dem Foram. lacerum anter. durchbrochen hatte. Eine Partie der Tumormasse saß an der innersten Partie der Kante des kleinen rechten Keilbeinflügels, eine andere an der hinteren Felsenbeinfläche. Pachymeningitis der Dura in der Umgebung des Tumors. Der Sitz der Geschwulst erklärt die beobachteten Erscheinungen, deren Auftreten für die Verbreitung und das Wachsen des Tumors Zeugnis giebt.

J. Ruhemann (Berlin).

20. **L. Bruns** und **B. Stölting** (Hannover). **Ein Fall von Alexie mit rechtsseitiger homonymer Hemianopsie (»subcorticale Alexie« Wernicke).**

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 17 u. 18.)

Bei einem 51jährigen Manne, der seit längerer Zeit an Schwindelanfällen mit Verdunkelung des Gesichtsfeldes gelitten hatte, trat apoplektiform eine Störung des Sehens ein, die mit Parästhesien der rechten Körperseite vergesellschaftet war. Bald zeigten sich Paraphasie und ängstliche Verwirrtheit mit Unruhe und Selbstmordideen, welcher letztere Zustand sich indess bald besserte.

Die Lichtreaktion beider Pupillen ist schwach. Die Augenbewegungen sind intakt. Das Gesichtsfeld, das sich Anfangs koncentrisch sehr eingeengt ergab, zeigte bei weiterer Untersuchung das Bild einer rechtsseitigen homonymen Hemianopsie. Die Farbenperception war nur partiell aufgehoben. Die übrigen Sinne waren nicht gestört. Motilität, Sensibilität, Reflexe und trophische Verhältnisse zeigten keine Abweichung von der Norm. Paraphasie leichten Grades blieb bestehen. Es zeigte sich Alexie für Gedrucktes, weniger ausgeprägt für Schrift.

Ein Herd, welcher in den Ausstrahlungen der Sehfasern nach der linken Sehsphäre liegt, kann die lediglich den Sprachzwecken dienenden Associationsfasern, die von dem rechten und linken Hinterhauptshirn kommen und nach der Gegend der linken Hirnsphäre verlaufen, unterbrechen und so das Bild der Alexie und rechten Hemianopsie bedingen. Für das Schreiben (spontanes und auf Diktat), das in diesem Falle intakt war, müssen besondere Bahnen zwischen optischem und Lautcentrum verantwortlich gemacht werden, die hier unzerstört waren.

J. Ruhemann (Berlin).

21. Becker. Ein Fall von hochgradiger Zerstörung des Kleinhirnwurmes nebst kasuistischen Beiträgen zur Lehre von der sogenannten cerebellaren Ataxie.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. Hft. 1. Mit 1 Tafel.)

Der vorliegende Fall ist ein weiterer Beweis dafür, dass selbst hochgradige Zerstörungen des Kleinhirnwurmes vollkommen symptomlos bestehen können. Seine Beweiskraft ist um so größer, als es sich um eine chronisch stabile Erkrankung handelt, die auf benachbarte Hirntheile keinerlei Wirkung ausüben und lediglich Ausfallssymptome machen konnte.

Bei einem an Pneumonie verstorbenen 18jährigen Mädchen, das niemals nervöse Erscheinungen, speciell nie Gleichgewichtsstörungen dargeboten hatte, fand sich als unerwarteter Nebenbefund der größte Theil des Wurmes (Monticulus, Folium cacuminis, Tuber valvulae und Pyramis) durch eine kleinwalnussgroße apoplektische Cyste, offenbar alten Datums, ersetzt; eine zweite benachbarte Cyste von ähnlicher Größe beschränkte sich auf die linke Kleinhirnhemisphäre; die Kleinhirnwindungen in der Umgebung atrophisch, keinerlei sekundäre Degeneration.

Verf. lässt die betreffende Litteratur Revue passiren.

Tuczek (Marburg).

22. Kronfeld und Löwenthal. Über die Wirkung des Sulfonals.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 2.)

Verf. geben zunächst eine Übersicht über sämmtliche bisher über Sulfonal erschienenen Arbeiten und theilen sodann ihre auf der Klinik von Meynert gesammelten Erfahrungen mit. Sie verabreichten 40 meist psychisch kranken Pat. Abends 1—3 g und erzielten bei 64,5% einen guten Erfolg, d. h. 6—8stündigen Schlaf. Unangenehme Nachwirkungen wurden nicht beobachtet. Hier und da wurde über Eingenommensein des Kopfes und leichtes Schwindelgefühl am nächsten Morgen geklagt.

M. Cohn (Berlin).

23. de Man (Middelburg). Über Extractum filicis.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Januar. p. 21.)

De M. theilt mit, dass er das Extract. filicis in den kolossalen Dosen von 15—22 g gegen Bandwurm angewendet hat, meistens in Kapseln. Von Nebenwirkungen berichtet er nichts.

A. Freudenberg (Berlin).

24. Seitz (Heidelberg). Zur Verordnung des Kreosot.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Januar.)

S. empfiehlt folgende an der Heidelberger medicinischen Poliklinik gebrauchte Formel:

Kreosot	2,5
Ol. jecor. aselli	200,0
Saccharini	0,1.

MDS. 1—2—3mal täglich 1 Kaffee- bis Esslöffel zu nehmen (für Kinder entsprechend geringere Dosis!).

A. Freudenberg (Berlin).

25. Leyden. Ein Fall von Kohlenoxydvergiftung, Transfusion, Genesung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 51.)

L. berichtet über einen schweren Fall von CO-Vergiftung, bei welchem die venöse Transfusion von ca. 250 g Blut mit gutem Erfolge gemacht wurde, und hält den günstigen Erfolg allein durch die Transfusion bedingt. Bei CO-Vergiftung besteht die Aufgabe darin, einen Theil des unbrauchbar gewordenen Blutes durch Aderlass zu entfernen und eine genügende Menge neuen respirationsfähigen Blutes in die Cirkulation einzuführen; er ist daher der Ansicht, dass bei der CO-Vergiftung die Indikation der Transfusion unbedingt aufrecht zu erhalten ist.

Markwald (Gießen).

26. R. Cholewa. Über den Eiterdurchbruch bei Erkrankungen des Warzenfortsatzes an außergewöhnlichen Stellen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 49.)

Die Arbeit erregt in so fern unser Interesse, als die darin angegebene Therapie, die Eiteransammlungen im Warzenfortsatze ohne Aufmeißelung desselben zu entfernen, es jedem praktischen Arzte möglich macht, drohenden septikämischen und metastatischen Processen bei Entzündungen des Mittelohres und seiner Nebenhöhlen rechtzeitig zu begegnen. Der Verf. hat hier nicht die gewöhnlichen Warzenfortsatzentzündungen im Auge, deren Eiterdurchbruch ohne Aufmeißelung wohl kaum abzuwarten ist, sondern meint und beschreibt in mehreren Krankengeschichten Eiterdurchbrüche oberhalb des Ohres an der Schuppe und unterhalb des Proc. mastoid. zwischen der zweiten Muskelschicht des Halses. In diesen Fällen genügt sehr oft die einfache Incision und Entleeruug des Eiters nebst nachfolgender Drainage per Gummi- oder Zinkrohr, um die Krankheit zur Ausheilung zu bringen.

Roenick (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

27. H. Bernheim. Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Autorisirte deutsche Ausgabe von Sigm. Freud.

Leipzig u. Wien, **Franz Deuticke,** 1888.

Vor der Besprechung des B.'schen Buches sei kurz auf ein Werk hingewiesen, das bedauerlicherweise wenig gekannt ist, obwohl es den wissenschaftlichen Boden für die gesammte moderne Suggestionslehre bildet und an Originalität der Gedanken die gesammte Litteratur auf diesem Gebiete übertrifft: auf das Buch Liébeault's, eines Nancyer Arztes: Du sommeil et des états analogues, 1866. In ihm erläutert der Autor die wesentlichsten Erscheinungen des Hypnotismus, dessen Kernpunkt die Suggestion sei, die der Autor bereits seit fast 30 Jahren methodisch in der Therapie verwerthet.

Mit diesen Ausführungen soll der Werth des B.'schen Buches keineswegs herabgesetzt werden; verdanken wir doch gerade B. die Kenntnis und Bedeutung jenes Buches.

B.'s Werk kann gewissermaßen als die Fortsetzung des eben genannten betrachtet werden, dessen Hauptpunkte B. rekapitulirt. Doch führt dieser Autor die Suggestion viel weiter aus; nicht nur die Suggestion in der Hypnose, sondern auch die im wachen Leben wird von B. berücksichtigt. B. glaubt die Wirkung vieler therapeutischer Maßnahmen lediglich in der Suggestion sehen zu müssen. Ob man hier freilich dem Autor überall folgen darf ohne Gefahr, aus einem Extrem in das andere zu verfallen, bleibe dahingestellt. Selbst die Massagebehandlung des Schreibkrampfes hält B. für eine unbeabsichtigte Suggestionswirkung. Eben so wie die Suggestion ohne Hypnose eine außerordentliche Bedeutung hat, eben so ist nach B.'s Ansicht die Hypnose ganz und gar von der Suggestion beherrscht. Alle hypnotischen Erscheinungen glaubt der Autor als Suggestionsphänomene betrachten zu müssen; die 3 Stadien Charcot's seien auf diese Weise zu erklären, Lähmungen und Kontrakturen kämen nur durch Suggestion zu Stande, d. h. dadurch, dass der Hypnotische glaubt, dass sie eintreten sollen. Wenn dieser keine Vorstellung von dem Resultat hat, das sich einstellen soll, dann vermag nach B.'s Ansicht kein somatischer Reiz eine Kontraktur oder Lähmung zu erzeugen.

Eine besondere Berücksichtigung erfährt in B.'s Buch der klinische Theil, der im Gegensatz zu dem Liébeault'schen Buche ganz und gar den heutigen Anforderungen entspricht; die Krankengeschichten sind zum großen Theil mit einer Genauigkeit und Lebendigkeit wiedergegeben, dass man ein deutliches Bild von dem konkreten Falle erhält; 105 einzelne Fälle werden von B. genauer geschildert, andere mehr kursorisch und zusammenfassend erwähnt. Es würde zu weit führen, auf Einzelheiten einzugehen. Die verschiedensten nervösen, hysterischen und rheumatischen Schmerzen werden mit großer Sicherheit durch Suggestion beseitigt; Neuralgien,

Cardialgie, Kopfschmerz, Dyspepsie, Erbrechen, Menstruationsbeschwerden werden nur durch Verbalsuggestion behoben. Eine Anzahl Krankheiten organischen Ursprungs behandelt B. gleichfalls suggestiv mit Erfolg. In einigen Fällen ist diagnostischer Irrthum ausgeschlossen. So konnte B. in einem Falle von Apoplexie die Kontrakturen beseitigen, die Lähmungserscheinungen vermindern; der nach längerer Zeit in Folge von Lungenemphysem eintretende Tod machte es möglich, die Diagnose jener Apoplexie zu bestätigen; die Obduktion zeigte nämlich einen Erweichungsherd in der der gelähmten Seite entgegengesetzten Hirnhemisphäre. B. erklärt die funktionelle Besserung bei organischer Grundlage der Krankheit damit, dass bei anatomischen Läsionen sehr oft die Funktionsstörung erheblicher sei und weiter gehe, als die Ausdehnung der anatomischen Veränderung bedinge. So weit nun die Funktionsstörung nicht unmittelbare Folge jener Läsion sei, gewinne die Suggestion einen Einfluss auf deren Besserung; B. denkt also keineswegs an eine anatomische Restitution vermöge der Suggestion. In ähnlicher Weise sah B. auch zeitweise funktionelle Besserungen bei Myelitis, Tabes dorsalis, multipler Sklerose. Niemals jedoch sah B., dass eine an sich progressive Krankheit (Tabes dorsalis, multiple Sklerose, Muskelatrophie) durch Suggestion in ihrem Verlaufe aufgehalten wurde, wenn auch zeitweise Besserung einzelner Symptome möglich war.

Die Übersetzung des Buches ist gut und klar. Einige kleine Mängel können bei einer späteren Ausgabe leicht beseitigt werden. So ist der Name Liébeault's, des Begründers der Nancyer Schule, trotzdem er oft citirt wird, regelmäßig falsch »Liébault« geschrieben — mit Ausnahme einer Stelle. Der gleiche Fehler findet sich auch in dem Original auffallend häufig. Sonst wären noch einzelne unrichtige historische Notizen hervorzuheben; z. B. wird p. 104 behauptet, dass Dugold Stewart die Angaben der Elektrobiologen (um 1850) bestätigt habe. Ref. kennt nur einen Autor dieses Namens, den berühmten schottischen Philosophen, der aber 1828 starb, mithin jene 1850 ausgesprochenen Ansichten nicht bestätigen konnte. Endlich sei noch auf die Nothwendigkeit ausführlicher alphabetischer Namens- und Sachregister hingewiesen, die die Handlichkeit und den Werth des Buches wesentlich vermehren würden.

Trotz dieser kleinen Mängel bleibt das Buch, als Ganzes betrachtet, vom klinischen Standpunkt aus die beste und klarste Darstellung, die wir über die therapeutische Verwerthung der Suggestion besitzen. **A. Moll** (Berlin).

28. **Isidor Neumann.** Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis. I. Theil: Die blennorrhagischen Affektionen.

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1888.

Dieses in seinem ersten Theile vorliegende Lehrbuch behandelt die blennorrhagischen Affektionen und die zu denselben in näheren und entfernteren Beziehungen stehenden Erkrankungen, so weit sie am Urogenitalsystem selbst und am Gesammtorganismus in Erscheinung treten. Die Behandlung des Stoffes ist dem Rahmen eines Lehrbuches entsprechend ausgiebig und erschöpfend, die einzelnen Abschnitte sind gleichmäßig bearbeitet, die gefällige Darstellung wird durch 69, theils dem Heitzmann'schen anatomischen Atlas entlehnte, Abbildungen und 2 Tafeln unterstützt. Die Endoskopie der Harnröhre findet in Wort und Bild eine genügende Würdigung. Was die Bearbeitung der Therapie, speciell derjenigen der Gonorrhoe anbetrifft, so ist die Ausführlichkeit gewiss anzuerkennen, doch dürfte eine Kürzung der rein pharmakologischen Bemerkungen der Ausführlichkeit keinen Eintrag thun. Hervorzuheben und anzuerkennen ist die Behandlung der Abschnitte »der Tripper beim Weibe«, »der Tripper des Auges« und des Schlusskapitels »der Tripperrheumatismus«. Die eigene Erfahrung und strenge Würdigung der Ansichten Anderer bilden den Grundzug der gleichmäßig erschöpfenden Darstellung und werden dem Lehrbuche eine freundliche Aufnahme sichern. **Rönick** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 18. Mai.** **1889.**

1. G. Jelgersma. Over den bouw der Zoogdier-hersenen.
(Vorläufige Mittheilung.)

(Weekblad v. h. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1888. No. 17 u. 18. Deel. II.)

Der Mensch besitzt ein Fasersystem und dazu gehörige Gangliengruppen, das Verf. bereits früher [1] beschrieben hat, unter dem Namen »intellektuelle Bahnen und Centra der Medulla oblongata und des Hirnstammes«. Diese Bahnen entspringen der Großhirnrinde (resp. den Basalganglien?) und treten durch die Pedunculi cerebri in Verbindung einerseits mit den Ponskernen, andererseits mit dem Nucleus olivarius. Beide Bahnen kreuzen sich dann in der Raphe; die erstere läuft sowohl ventral als dorsal durch das Brachium pontis nach der Rinde der Kleinhirnhälfte, die zweite tritt durch das Corpus restiforme wahrscheinlich in Verbindung mit der Vermisrinde.

[1] Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1887. No. 21. — Centralblatt f. Nervenheilkunde 1887. No. 18—20.

Beide Bahnen kehren wiederum zurück; die Fasern laufen alsdann durch den Nucleus dentatus, den Pedunculus cerebelli et cerebr., kreuzen sich in der Höhe der Corp. quadrigemina, verbinden sich mit dem Nucleus ruber und gehen endlich durch die Capsula interna oder den Thalamus opticus nach der Großhirnrinde. Ein vergleichendes anatomisches Studium des Säugethiergehirns bringt hierfür neue Stützen bei. Man findet bei einander nahestehenden Thieren durchweg Zunahme der Großhirnrinde und deren Windungen, verbunden mit starker Entwicklung der Kleinhirnhemisphären, der Ganglien und Querfasern im Pons, der Nuclei rubri etc. Die Entwicklung der Vermisrinde scheint aber in Verhältnis zu stehen zu der Größe der Basalganglien. (Das Nähere bei verschiedenen Thiergruppen s. d. Original.)

Der Befund verschiedener pathologischer Fälle ist hiermit ebenfalls in Übereinstimmung; so z. B. die sekundäre Atrophie einer Kleinhirnhälfte bei kongenitaler Atrophie der gegenüberliegenden Großhirnhemisphäre. Hierdurch wird es fraglich, ob vielleicht dem kleinen Gehirn ebenfalls psychische Funktionen zukommen.

Für die Entstehung der Hirnwindungen hat J. eine Erklärung gesucht und gefunden, die mehr Wahrscheinlichkeit hat, als die mechanische Entstehungstheorie. Er stellt vorauf, dass zwischen der weißen und grauen Substanz ein gewisses arithmetisches Verhältnis bestehen muss. Denkt man sich nun eine windungslose Grundform und würde dieses kugelförmige Gehirn mit Beibehaltung der Form 2mal größeren Durchschnitt bekommen, dann müsste die Rinde in Folge der Quadratvergrößerung der Oberfläche 4mal, der weiße Kern aber (2×2×2) 8mal größer sein. Dieses (geometrische) Verhältnis besteht aber nicht zwischen der grauen und der weißen Substanz, es muss also bei der Vergrößerung der Rinde eine Gehirnform entstehen, die relativ eine größere Oberfläche mit einem kleineren Inhalt besitzt. Die Windungen und Falten seien demnach die Folge der räumlichen Wechselbeziehung zwischen der grauen Substanz und deren Verbindungsbahnen. Dieselbe Erklärung trifft auch zu für das kleine Gehirn; die mechanische Theorie vermag sie nicht zu geben. Die eigentlichen Ganglienzellen liegen im kleinen Gehirn nur an der Oberfläche und in einer einzelnen Reihe; hier muss die Faltung also nach den mitgetheilten Principien exquisit entstehen, und zwar schon dann, wenn das Großhirn noch ganz glatt ist.

Auch die embryologischen Thatsachen stützen das Voraufgehende. Die Stammganglien entwickeln sich früher, der Vermis zeigt auch eher die Faltung. Die Großhirnwindungen entwickeln sich, werden aber vorangegangen von den Kleinhirnwindungen; weil die Großhirnrinde mehrere Reihen Ganglienzellen dick ist und die Zellen sich manchmal häufen, brauchen die Windungen nicht so früh zu entstehen und werden die Faltungen weniger regelmäßig sein.

Feltkamp (Amsterdam).

---

2. **J. Fenoglio e G. Drogoul.** Osservazioni sulla chiasura delle coronarie cardiache.

(Estratto dallo »Spallanzani« Roma 1888.)

Das klinische Studium der Atheromatose der Coronararterien wird durch die in der Litteratur vorliegenden Experimente über den künstlichen Verschluss der Coronargefäße in keiner Weise gefördert, wenn nicht die großen Widersprüche in den Ergebnissen jener Experimente bei den verschiedenen Forschern gelöst werden. Diese Lösung streben die Verff. an. Ihren eigenen Beobachtungen über die Folgen des künstlichen Kranzarterienverschlusses liegen mehr als 50 experimentelle Untersuchungen an curaresirten Hunden zu Grunde. Die Verschließung der Herzgefäße geschah im kleineren Theil der Experimente mittels einer Klemmpincette, welche das Gefäßbündel im Sulcus cordis horizontalis anterior ergriff, dabei natürlich außer der linken Coronararterie die zugehörigen Venen und ein mehr oder minder großes Muskelfaserbündel quetschte. Im größeren Theil der Versuche wurde die Verschließung durch eine Fadenschlinge bewerkstelligt, welche mittels einer stark gekrümmten Nadel um das Gefäßbündel im Sulcus anterior oder posterior herumgeführt worden war. Den Blutdruck maßen die Verff. mit dem Ludwig'schen Manometer an einer Carotis, die Herzkurve zeichneten sie durch kleine Hebel, welche unmittelbar auf beiden Herzkammern befestigt wurden; durch den Gangunterschied der Kurvenzüge beider Ventrikel waren die Beziehungen in der Bewegung der einen Herzhälfte zur anderen gegeben.

Die Erfahrung Cohnheim's, dass bei geschwächten Hunden — durch langes Experimentiren, besonders bei geöffnetem Thorax etc. — auch ohne Verschließung der Coronararterien Pulsverlangsamung, Irregularität der Herzaktion, selbst plötzlicher Herzstillstand eintreten können, bewog F. und D., nur an kräftigen und zu anderen Experimenten noch nie verwendeten Thieren zu experimentiren; gleichwohl trat auch bei solchen mitunter in Folge der Fesselung oder bei der Eröffnung der Brusthöhle, der Vornahme der Tracheotomie, der intravenösen Curareinjektion ein vorübergehendes Aussetzen des Pulses oder eine bedeutende Unregelmäßigkeit der Herzaktion ein; letztere in jedem Versuch jedes Mal, wenn das bloßliegende Herz auch nur leicht berührt wurde, oder zum Zweck der Unterbindung der Arteria coronaria dextra verschoben werden musste. Nach Verschluss der Coronararterie zeigte sich Pulsverlangsamung und Irregularität in solchen Fällen, in denen diese Erscheinungen vorher fehlten, während in anderen Fällen vorher bestehende Pulsverlangsamung und Irregularität der Herzaktion nach der Unterbindung der Kranzgefäße geradezu verschwanden, um hier und da nach einiger Zeit sich wieder einzustellen; in einer dritten Reihe von Fällen blieb irgend eine wesentliche Veränderung am Puls nach Verschluss der Coronararterie aus.

Was vom Kardiogramm gilt, wurde in entsprechender Weise an der Blutdruckkurve beobachtet. Bereits vor der Eröffnung des Thorax konnten an dem längere Zeit geknebelten und curaresirten Thiere bedeutende und dabei gesetzlose Schwankungen im Manometerstande verzeichnet werden, die öfters mehrere Centimeter Quecksilber betrugen. Und der Verschluss der Arterie konnte eben sowohl von längerer Steigerung des Blutdruckes wie von dauerndem Absinken desselben gefolgt sein.

Diese Erfahrungen sprachen keineswegs zu Gunsten der Auffassung, dass Verschluss einer Kranzarterie und Blutleere eines umschriebenen Herzmuskelgebietes direkt die Ursache der Verlangsamung und Unregelmäßigkeit der Herzaktion und der Verminderung des Blutdruckes sind, wie sie nach jenem Eingriffe zur Beobachtung kommen können.

Entgegen der Erfahrung Sée's und Cohnheim's, dass nach Verschluss der linken Kranzarterie in 2 Minuten oder weniger der absolute Herzstillstand erfolgt, sahen F. und D. nach demselben Eingriffe das Herz nur einmal nach $4^1/_2$ Minuten stillstehen, öfter nach 7—10 Minuten, meistens 10—20 Minuten, einige Male sogar noch 30 Minuten lang schlagen. In etlichen Fällen beobachteten sie den plötzlichen Tod des Versuchsthieres während der Eröffnung des Brustkastens, in anderen ein stufenweises oder plötzliches Absinken des Blutdruckes nahe zum Nullpunkt vor dem Verschluss der Kranzgefäße; offenbar Beweise dafür, dass der individuelle Zustand der Herzkraft und die Erschöpfbarkeit des Nervensystems bei den Versuchsthieren der verschiedenen Experimentatoren eben so sehr das Ergebnis der Experimente beeinflussen musste, wie die Art und Ausführung des operativen Eingriffs.

Der Stillstand beider Herzhälften geschah nicht immer gleichzeitig; mitunter fuhr das rechte Herz noch lange Zeit fort zu pulsiren, nachdem das linke schon gelähmt war. Die Vorhöfe überdauerten gemeiniglich mit ihrer Pulsation den Tod der Ventrikel.

In einigen Versuchen traf die Ligatur nur den Ramus descendens der Art. coronaria sinistra. Der Verlauf der Symptome wurde dadurch, wie in Cohnheim's Versuchen, nicht wesentlich beeinflusst; nur verlängerte sich das Intervall zwischen Ligatur und Tod.

Die Beobachtungen von Kronecker und Schmey, Sée und Gley über die Existenz von Nervenbahnen im oberen Drittel des Sulcus interventricularis anterior, welche der koordinirten Bewegung der Ventrikel vorstehen, erschweren das Urtheil über die nothwendigen und unmittelbaren Folgen des Kranzarterienverschlusses so sehr, dass die Verff. zu abschließenden und befriedigenden Ergebnissen ihrer Versuche erst dann zu gelangen hoffen, wenn es ihnen gelingen sollte, eine neue einwurfsfreie Methode für den reinen Arterienverschluss zu finden.

G. Sticker (Köln).

3. L. Lewin. Über Hydroxylamin. Ein Beitrag zur Kenntnis der Blutgifte.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. p. 306.)

Diese Abhandlung bestätigt, was andere bisher über das Hydroxylamin erwiesen hatten (vgl. d. Centralblatt 1888 p. 692). Neues an Thatsachen enthält sie nicht; neu ist nur die Erklärung, welche der Verf. für das Entstehen der depressorischen Erscheinungen am Nervensystem giebt, die das Hydroxylamin zu Stande bringt, wenn es in vorsichtiger Gabe gereicht wird. Alles komme her von den Veränderungen des Blutes durch die aus dem Hydroxylamin sich entwickelnde salpetrige Säure, wahrscheinlich nichts von einer direkten Einwirkung auf das Gehirn. So führt er aus in langer Rede.

Es erinnert diese Erklärung, für welche übrigens kein Experiment vorliegt, an die alten, längst vergessenen Versuche, die narkotisirende Wirkung des Chloroform ebenfalls auf eine destruirende Blutwirkung zu beziehen. Das ist bekanntlich bald widerlegt worden, und so lässt sich auch die L.'sche Deutung für die Wirkung des Hydroxylamins auf das Nervensystem leicht widerlegen. Drei auch von L. anerkannte Thatsachen sprechen unbedingt dagegen: 1) Der Frosch, dessen Nervensystem bekanntlich von respiratorischen Defekten des Blutes ziemlich lange Zeit unabhängig ist, zeigt »nach vorübergehender Excitation Herabsetzung der Reflexerregbarkeit und einen soporösen Zustand, der auf Rütteln und den Versuch, ihn auf den Rücken zu legen, für kurze Zeit schwindet, um alsbald wiederzukehren«. Diese narkotischen Einwirkungen lassen sich bei ihm, aus dem angeführten Grunde, nur erklären aus einem direkten Ergriffenwerden der Nervencentren. 2) Die vom Hydroxylamin bewirkte Veränderung des Blutes, nämlich das Methämoglobin, besteht bei Warmblütern regelmäßig noch, wenn die letzte Spur der Narkose geschwunden ist. 3) Die von Natriumnitrit bewirkte Lähmung der Nervencentren kann bei vorsichtiger Dosirung deutlichst vorhanden sein, ehe am Blut die geringste Spur einer Veränderung sichtbar ist.

In der inneren Medicin macht man heute verschiedentlich Gebrauch von Nitriten und dem zu einem solchen im Blute werdenden Nitroglycerin und beobachtet dabei depressorische Wirkungen am Nervensystem, ohne dass bisher auch nur die leiseste Wirkung auf das Blut wahrgenommen worden wäre, mäßige Gaben natürlich vorausgesetzt. Auch das verträgt sich nicht mit den L.'schen Hypothesen.

Wenn außer dem Blutroth die Säfte der weißblütigen Thiere und der Pflanzen und besonders das Protoplasma aller niederen Organismen äußerst empfindlich auf Hydroxylamin reagiren, so ist es unverständlich, dass das so feinfühlige Protoplasma der Nervencentren darauf gar nicht reagiren soll. Oder glaubt L. wirklich, in und an ihm allein könne die salpetrige Säure aus dem Hydroxylamin ganz harmlos sich entwickeln, dieselbe chemische Verbindung, welche

überall, wo sie auftritt, so lähmend und zerstörend wirkt? Hält er den »Chemismus« des sehr empfindlichen Protoplasmas der Hirnrinde ihr gegenüber für weniger empfindlich als den »Chemismus« der Ernährungssäfte niederer und niederster Organismen? Man darf auf den Beweis für eine solche Art der Argumentation gespannt sein.

C. Binz (Bonn).

4. J. Rosenthal. Über die Wirkung des Chinolins.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLII. Hft. 1—3.)

Das Chinolin gehört zu den Protoplasmagiften, d. h. es stört die Lebensvorgänge und Umsetzungen innerhalb des lebenden Protoplasmas, was sich besonders gut an Amöben, Infusorien und Flimmerzellen nachweisen ließ; eben so wurde dadurch die Sauerstoffentwicklung bei Elodea canadensis und die Kohlensäureentwicklung der Hefe gestört. Auf eine theilweise Gerinnung des Protoplasmaeiweißes lässt sich diese Hemmungswirkung des Chinolins indessen nicht zurückführen, da es mit Eiweiß erst bei stärkeren Koncentrationen Niederschläge giebt.

Wie R. zunächst durch Versuchsprotokolle nachweist, hat das Chinolin zu 0,2 bei Kaninchen eine eminent temperaturherabsetzende Kraft (die Körpertemperatur fiel bis auf 31,5° C.). R. erklärt diese Wirkung als eine Theilerscheinuug der allgemein schädlichen Protoplasmawirkung dieser Substanz. Die Lähmung aller Muskeln bei Warmblütern hat vorzugsweise ihren Grund in der Unterbrechung der Rückenmarksleitung. Consecutiv wird dadurch auch die Sauerstoffaufnahme und Erzeugung von Energie in den Muskeln und vor Allem die Wärmeproduktion derselben vermindert; wodurch dieser enorme Temperaturabfall zu Stande kommt.

Schließlich bespricht R. noch einige Gesichtspunkte, von welchen aus die Einführung des Chinolins resp. unschädlicherer Derivate desselben für die Zwecke der praktischen Medicin zu versuchen wäre.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

5. F. Terc (Marburg a. d. Drau). Über eine merkwürdige Beziehung des Bienenstiches zum Rheumatismus.

(Wiener med. Presse 1888. No. 35 ff.)

Die dem Bienenstiche beim gesunden Menschen folgenden Erscheinungen bestehen aus einer bald wieder schwindenden Quaddel und einer dann sich allmählich entwickelnden, von der Stichstelle ausgehenden, prallen, Brennen und Jucken veranlassenden »sekundären« Geschwulst von verschiedener Ausdehnung. Daneben können sich, besonders bei reizbaren Personen, Allgemeinerscheinungen einstellen. Werden Personen oft von Bienen gestochen, so tritt die »sekundäre« Geschwulst schließlich gar nicht mehr auf: die Betreffenden sind für eine gewisse Zeit immun geworden. Gesunde Menschen werden nach den Erfahrungen des Verf. durch Bienenstiche nie in Lebensgefahr versetzt, wohl aber ist dieses in hohem Grade

der Fall bei asthenischen Zuständen des Herzens. Verf. hat nun die merkwürdige Beobachtung gemacht, dass bei Leuten mit den gemeinhin »rheumatisch« genannten Krankheiten nach den ersten Bienenstichen die »sekundäre« Geschwulst ausbleibt und erst, nachdem eine verschieden große Zahl von Stichen (3, 10, selbst 200) applicirt sind, auftritt. Werden dann Stiche weiter applicirt, so kann auch hier der Organismus immun werden. Mit dem Eintreten der Reaktion auf den Bienenstich zeigt sich nun bei den betreffenden Kranken eine entschiedene Besserung; mit dem Eintritt der Immunität ist auch die völlige Heilung des Rheumatismus erreicht.

Diese Wirkungen des Bienenstiches wurden vom Verf. an 173 Personen beobachtet, denen insgesammt etwa 39000 Bienenstiche applicirt wurden. Eine Anzahl von Krankengeschichten soll diese eigenthümliche Reaktion des »rheumatischen« Organismus, so wie die heilende Wirkung des Bienengiftes illustriren. Trotz der günstigen Erfolge glaubt übrigens Verf., dass in akuten Fällen von Gelenkrheumatismus sein Heilverfahren nicht mit Salicylsäure und ähnlichen Mitteln konkurriren könnte und dass es besonders bei komplicirten, veralteten Formen Anwendung finden müsste.

Leubuscher (Jena).

---

6. H. Leloir. Sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaris.

(Ann. de dermat. et syph. vol. X. p. 623.)

Der Lupus vulgaris ist nach L. als eine »abgeschwächte« Form der Hauttuberkulose zu betrachten, was aus den klinischen Symptomen, den anatomischen und bakteriologischen Befunden, so wie aus den erfolgreichen Impfungen hervorgehe. L. stellt nun 3 atypische Abarten des gewöhnlichen Lupus, den colloiden, mucoiden oder myxomatösen und den sklerösen Lupus auf und sucht für alle drei den Nachweis zu führen, dass auch sie als »abgeschwächte Formen« der Hauttuberkulose aufzufassen seien. Klinisch zeigen sich bei der ersten Abart, der colloiden, die Lupusknötchen als glasige, halbopake, oft cystenartig degenerirte Gebilde, die nichts Anderes als die centralen colloid entarteten Partien der lupösen Herde darstellen. Sie enthalten meist eine oder mehrere Riesenzellen und in oder neben diesen sehr spärliche, oft erst nach Durchmusterung zahlreicher Schnitte zu findende Tuberkelbacillen. Die Knötchen sind fast frei von Blutgefäßen.

Bei der zweiten Form sind die Knötchen weich, transparent und von gelatinösem Aussehen, enthalten zahlreiche Blutgefäße und in ihrem Centrum oft eine hellere, ganz durchscheinende Stelle. Exulceration findet nur selten statt. Bei dieser Form ist die lupöse Infiltration eine mehr diffuse, die Riesenzellen sind unregelmäßig und weniger dicht durch die Cutis zerstreut. Diese selbst ist hochgradig verändert, Bindegewebs- und elastische Fasern sind verschwunden und an ihre Stelle ist eine weiche leicht granulirte gelatinöse

Masse getreten. Die glatten Bindegewebszellen und oft auch die Rundzellen selbst zeigen ebenfalls eine solche muköse Entartung. Riesenzellen sind nur spärlich, Bacillen nur äußerst selten zu finden.

Die dritte, skleröse Form, welche L. schon früher in Gemeinschaft mit Vidal beschrieben hat, charakterisirt sich durch kleine harte, später zu warzenartigen, von tiefen Furchen durchzogenen Gebilden zusammentretende Knötchen. Diese »Warzen« spalten sich oft längs der Furchen und hinterlassen eine deprimirte Narbe, in deren Umgebung sich neue indurirte Knötchen entwickeln. Auf mikroskopischen Schnitten sieht man die Knötchen fast ganz aus derben, in koncentrischen Lamellen angeordneten Bindegewebsfaserbündeln bestehend. Die Gefäße sind sklerosirt; an manchen Stellen finden sich noch lupöse Rundzellenherde mit Riesenzellen. Doch können diese Herde auch manchmal gänzlich fehlen. Diese Form steht anatomisch sehr nahe der von Charcot u. A. beschriebenen fibrösen Lungentuberkulose. Auch hier sind die Tuberkelbacillen äußerst spärlich.

Impfungen mit Gewebspartikelchen aus dem lupösen Gewebe ergaben bei allen 3 Varietäten positive Erfolge, so dass an der tuberkulösen Natur auch dieser Abarten des Lupus vulgaris ein Zweifel kaum mehr obwalten kann. **A. Blaschko** (Berlin).

---

7. F. Schultze. Zur Kenntnis der Lepra.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 4 u. 5.)

Verf. hat zum ersten Male genauere elektrische Untersuchungen der Nerven und Muskeln bei Lepra nervorum angestellt, welche eines hohen Interesses nicht entbehren dürften. Bisher wurde die Annahme Neisser's wohl allgemein acceptirt, dass bei den leprösen Affektionen der gemischten Nerven die motorischen Fasern intakt bleiben. Dem gegenüber konnte S. einen Fall von Lepra nervorum mit starken Mutilationen, fleckigen Verfärbungen der Haut des Rumpfes und der Extremitäten beobachten, wo außer sehr alten atrophischen Paralysen oder hochgradigen Muskelatrophien in den Faciales, Ulnares und Mediani, eine ganz klassische Neuritis beider Peronei mit Verdickung der Nerven, motorischer Paralyse und Parese neben sensiblen Störungen und ausgeprägter kompleter resp. partieller Entartungsreaktion bestand. Hierdurch ist der Beweis geliefert, dass der leprösen Neuritis dieselben Veränderungen der Motilität und elektrischen Erregbarkeit zukommen können wie anderen Neuritiden.

Zwei weitere Beobachtungen gaben einen Anhalt für die Auffassung S.'s, dass man bei sorgfältiger Durchuntersuchung der früheren Stadien der leprösen Nervenveränderungen häufig genug auf alle Arten der auch sonst beobachteten elektrischen Erregbarkeitsveränderungen stoßen werde, wenn auch wohl wegen des viel langsameren Verlaufes der Lepra seltener als in den rascher sich entwickelnden Formen der peripheren Nervenentartungen. Bei einem dieser Kran-

ken wurde folgender Status erhoben: Makulöse und tuberöse Lepra des Gesichts. Maculae am Rumpfe. Lepröse Ulceration der Mund-, Rachen-, Nasenschleimhaut, so wie der Arme und Beine. Atrophie der Handmuskeln besonders rechts, Schwäche der Hand- und Vorderarmmuskulatur. Gesteigerte mechanische Erregbarkeit des rechten Facialisstammes, partielle Entartungsreaktion im linken M. orbicul. oris. Anästhesien und Analgesien. In dem dritten Falle von Lepra tuberosa fand sich außer Muskelatrophie und Lähmungen an beiden Händen, partielle Entartungsreaktion im rechten N. peroneus. Hierdurch ist also der Beweis erbracht, dass sich auch bei der Lepra die Hauptveränderungen der elektrischen Erregbarkeit, welche wir kennen, vorfinden und sich gerade so gestalten, wie es sonst für atrophische Paralysen charakteristisch ist. Die mechanische Erregbarkeit war an noch nicht gelähmten Muskeln mehrfach gesteigert. Mit Bezug auf die Syringomyelie muss erwähnt werden, dass S. eben so wenig wie alle früheren Beobachter, eine deutliche partielle Empfindungslähmung finden konnte, wie sie bei jener Erkrankung gerade so ausgeprägt erscheint. Der Muskelsinn, so wie das Gefühl für die Lage und Stellung der Glieder war vollständig intakt.

Es besteht wohl kein Zweifel darüber, dass als Grundursache für diese Störungen neuritische und nicht spinale Processe angeschuldigt werden müssen. Unbeschadet einer etwaigen späteren Invasion des Rückenmarkes von den Leprabacillen muss also daran festgehalten werden, dass zuerst und in erster Linie die peripheren Nerven und zwar in den allermeisten Fällen während des ganzen Krankheitsverlaufes allein, von der Lepra befallen werden.

Joseph (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

6. **E. Jahn.** Subphrenischer Abscess bei rechtsseitiger Lungenentzündung und Abdominaltyphus oder akuter Leberentzündung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 51.)

Ein Soldat wurde einige Wochen nach einer kritisch verlaufenen rechtsseitigen Pneumonie von einem plötzlich mit Schüttelfrost auftretendem Leiden von ausgesprochenem typhösen Charakter befallen, welches sich über 12 Tage erstreckte. Während der Rekonvalescenz, am 24. Tage nach Beginn der Erkrankung, trat ein neuer Schüttelfrost auf, dem 2tägiges hohes Fieber, Schmerzen in der Magen- und Lebergegend, Aufgetriebenheit des Abdomens etc. folgte; hieran schloss sich ein 3monatlicher theils remittirender, theils intermittirender Fieberverlauf, verbunden mit starker Lebervergrößerung, Schmerhaftigkeit der Leber und Härte des vorderen Randes, prall-elastischer Beschaffenheit einer umschriebenen Partie unmittelbar unter dem Rippenrand, Veränderungen der Haut, Frösteln und nächtlichem Schweiß. Am Ende des 3. Monats lebhafte Druckempfindlichkeit zwischen 8. bis 11. Rippe in der Seitenwand, Ausbuchtung der rechten Thoraxhälfte, Fluktuation. Nachdem die Probepunktion das Vorhandensein von Eiter ergeben, wurde der subphrenische Abscess von der Pleura her, die sich als intakt erwies, nach Eröffnung des Zwerchfelles entleert; nach kurz dauernder trockener Pleuritis erfolgte im Verlauf von 9 Wochen vollständige Heilung.

Verf. stellt hinsichtlich der Entstehung des Leberabscesses zwei Möglichkeiten auf, indem derselbe einmal als Metastase nach Abdominaltyphus — wenn ein

solcher überhaupt vorgelegen hat — aufzufassen wäre, oder als idiopathischer Abscess, dessen Beginn durch den zweiten Schüttelfrost und die ihm folgenden Erscheinungen eingeleitet worden ist; in letzterem Falle wäre vielleicht an einen Zusammenhang mit der vorangegangenen rechtsseitigen Pneumonie zu denken. Hierfür aber liegen keine Anhaltspunkte vor, und Verf. entscheidet sich darum auch, trotz der Seltenheit des Vorkommens für die erstere Auffassung.

Zum Schluss erörtert Verf. die Vorzüge der transpleuralen Operation mit oder ohne Rippenresektion bei subdiaphragmatischen Abscessen. **Markwald** (Gießen).

9. G. Banti. Über die Ätiologie der Pericarditis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 44.)

Bei der mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchung dreier Fälle von Pericarditis fand Verf. im 1. Falle im fibrinösen Exsudate gar keine Mikroorganismen, wesshalb er diesen als ein Beispiel von nicht infektiöser Pericarditis auffasst. In diesem Falle handelte es sich um einen 48jährigen Mann, der seit Jahren an einer chronischen Nephritis litt und in einem Anfalle von Urämie gestorben war, nachdem eine Woche vor dem Tode die Erscheinungen der Pericarditis aufgetreten waren. Verf. glaubt, dass in diesem Falle das Auftreten der Pericarditis der Nierenkrankheit zuzuschreiben und die Ursache derselben vielleicht chemischer Natur oder in dem urämischen Anfall zu suchen sei, da es ja bekannt ist, dass akute Entzündungen häufige Komplikationen schwerer urämischer Anfälle sind.

Zwei andere Fälle von Pericarditis gehören zur Gruppe der infektiösen Pericarditis und entwickelten sich im Gefolge einer fibrinösen Pneumonie. Im ersten dieser Fälle fand sich der Diplococcus pneumoniae im pericarditischen Exsudate, als der Ausdruck einer sekundären Lokalisation desselben, im zweiten war die Pericarditis als eine Mischinfektion anzusehen, veranlasst durch den Staphylococcus aureus und albus. In diesem letzteren Falle hat sich die Entzündung wahrscheinlich direkt von der Pleura auf das Pericard fortgepflanzt, denn es bestand gleichzeitig eine ausgedehnte Pleuritis und im pleuritischen Exsudate befanden sich gleichfalls die Staphylokokken.

Für den ersten Fall aber nimmt Verf. an, dass die Pericarditis hämatogenen Ursprungs gewesen sei und um dies zu beweisen, versuchte er experimentell mit dem Diplococcus pneumon. Pericarditis bei Thieren zu erzeugen; zu dem Zwecke setzte Verf. eine künstliche Pericarditis durch Injektion von Terpentinöl in das Pericard oder Kauterisation desselben und injicirte alsdann Pneumokokken unter die Haut, wobei sich dann in dem entstandenen pericarditischen Exsudate massenhafte Kapselkokken fanden. Diese Pericarditis entstand am leichtesten dann, wenn man 24—48 Stunden zwischen der Verletzung des Pericard und der Injektion der Pneumokokken vergehen ließ und es fand sich dann stets eine isolirte Entzündung des Pericard ohne gleichzeitige Betheiligung der Pleura-, des Peritoneum oder des Mediastinum.

Diese Experimente beweisen, dass man beim Thiere eine hämatogene Pericarditis durch den Diplococcus pneumoniae erzeugen kann. **Goldschmidt** (Nürnberg).

10. Sommer. Ein Fall von Herzthrombose bei Myocarditis fibrosa nach Scharlach und Einbettung des Brusttheils des linken Nervus vagus in schwieliges Bindegewebe.

(Charité-Annalen 1888.)

Ein 10jähriger Knabe, welcher vor 9 Wochen Scharlach überstanden hat, erkrankt unter Symptomen, welche eine hämorrhagische Nephritis mit Erkrankung des Herzmuskels annehmen lassen. Im weiteren Verlauf treten neben Verdichtungserscheinungen über der linken Lunge, neben Ödemen der Beine, bei andauernd verminderter Diurese die Symptome von Seiten des Herzens in den Vordergrund.

Die Untersuchung des Herzens hatte bei der Aufnahme eine Verbreiterung der Dämpfung nach rechts ergeben, so dass dieselbe den rechten Sternalrand um 2 cm überragt. Der Spitzenstoß liegt im 6. Intercostalraum. Der Puls wurde im Verlauf der Krankheit alternirend, stark beschleunigt, 136—144—150, leicht unterdrückbar. Der Tod erfolgte unter den Symptomen der Herzschwäche.

Bei der Sektion fand sich das Herz enorm vergrößert, beide Ventrikel stark dilatirt mit zahlreichen Parietalthromben. Das Myocard zum größten Theil durch dichtes Bindegewebe ersetzt.

Embolische Infarkte in Lungen, Milz und Nieren. Keine Nephritis.

Der linke Vagus ist in der Brusthöhle von derbem, fibrösen Gewebe umhüllt, welches von verkästen und verkalkten Lymphdrüsen ausgeht. Mikroskopisch sind in dem komprimirten Theile des Vagus reichliche, auf Degeneration deutende Körnchenzellen nachzuweisen.

Fußend auf den Untersuchungen von Wasilief »über die trophischen Beziehungen des N. vagus zum Herzmuskel« fasst Verf. die Veränderungen am Herzen auf als bedingt durch die beiden Momente, die Scarlatina und die theilweise Degeneration des linken Vagus. **P. Meyer** (Berlin).

11. Litten. Ein Fall von primärem Sarkom des Pankreas mit enormen Metastasen bei einem 4jährigen Knaben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 44.)

Ein 4jähriger Knabe, aus gesunder Familie stammend, zeigte bei der ersten Untersuchung von Seiten des Verf. einen etwas aufgetriebenen Leib, der auf Druck und auch spontan schmerzhaft war und bei der Palpation fühlte man in der oberen Hälfte des Leibes bis zum Nabel große Tumoren; die Ernährung war eine gute; Verdauungsbeschwerden bestanden nicht; schon 14 Tage später war das Kind bis zum Skelett abgemagert, der Leib kolossal vorgewölbt durch mächtige Tumoren, die von der rechten Niere auszugehen schienen; die Tumoren füllten das ganze Abdomen aus, waren sehr schmerzhaft und steinhart; wenige Tage danach starb der Knabe und bei der Sektion fand sich eine Neubildung im Abdomen, die sich aus 3 Geschwulstmassen zusammensetzte, von denen zwei in den Hypochondrien, die dritte und größte in der Mitte, in der Regio umbilicalis lag. Die Nieren lagen ganz in Tumormassen eingebettet, sie waren durchsetzt von zahlreichen Metastasen, doch nicht der Ausgangspunkt der Geschwulst; als solcher musste dagegen das Pankreas angesehen werden, welches in einen mächtigen Tumor verwandelt war, der nach dem Mesenterium, so wie dem Darm weitergewuchert, in letzterem an vielen Stellen ulcerirt war, so dass sich eine große Anzahl von Geschwüren im Darm gebildet hatten; auch die retroperitonealen Lymphdrüsen waren in markige Geschwulstmassen verwandelt, dessgleichen die Appendices epiploicae. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dass ein kleinzelliges Sarkom, ähnlich einem Lymphosarkom, vorlag.

Der Fall beansprucht ganz besonderes Interesse dadurch, dass es der erste Fall eines primären Sarkoms des Pankreas ist, dass er ein 4jähriges Kind betrifft, innerhalb weniger Wochen verlief und dass trotz der totalen Erkrankung des Pankreas keine Erscheinungen von Störung der Verdauung eintraten, so lange das Kind noch scheinbar gesund war und auch nicht zu der Zeit, da die Krebserkrankung manifest war. **Goldschmidt** (Nürnberg).

12. H. de Brun. Cirrhose atrophique d'origine alcoholique. Guérison.

(Revue de méd. 1888 No. 12. December 10.)

In B.'s Behandlung kommt ein Mann von 42 Jahren, notorischer Trinker, mit den ausgesprochensten Symptomen einer atrophischen Lebercirrhose. Das Befinden des Pat. wird unter Behandlung mit Diureticis bei Milchdiät immer schlechter. B. ist genöthigt mit einem Zwischenraume von 25 Tagen Punktionen zu machen, bei denen 11 bezw. 14 Liter einer hellen, serösen Flüssigkeit entleert werden. 2 Wochen nach der letzten Punktion hat das Abdomen seine frühere Ausdehnung wieder erreicht, die Punktion wird aber nicht ausgeführt, da bei der beständig zunehmenden Schwäche des Pat. der Exitus stündlich erwartet wird. Da beginnt ganz plötzlich ohne Änderung der Medikation die Resorption und vollzieht sich im Laufe von 14 Tagen, während deren das Befinden des Pat. ein ganz vorzügliches wird. B. hat den Pat. noch 3 Jahre nach der Entlassung beobachtet; derselbe ist andauernd gesund geblieben. **M. Cohn** (Berlin).

13. R. Lépine. Cancer du rein droit. — Oblitération de la veine cave inferieure et des veines rénales; anasarque considérable; pas d'albuminurie.

(Revue de méd. 1888. No. 12. December 10.)

Ein Mann von 42 Jahren leidet seit einigen Monaten an zeitweise auftretenden Ödemen der unteren Extremitäten. Bei seiner Aufnahme bestehen solche beiderseits, der Bauch ist aufgetrieben ohne Ascites, Leibschmerzen, Verdauungsstörungen. Appetit gut. Herztöne normal. Urin hellgelb, klar, ohne Albumen. Nach wenigen Tagen wird das Aussehen des Pat. kachektisch, die Schmerzen werden sehr stark; häufiges Erbrechen, Leberschwellung folgen allmählich. Ödeme werden stärker und persistiren bis zum Tode des Pat., der etwa 10 Wochen nach der Aufnahme erfolgte. Während der ganzen Krankheit war der Urin von normalem Aussehen und enthielt niemals Eiweiß.

Die Obduktion ergiebt ein Carcinom der rechten Niere, die nur noch kleine normale Partien aufweist. Dasselbe erstreckt sich über die rechte Nierenvene bis zur Vena cava inf. Eben so ist die linke Nierenvene bis kurz vor den linken Nierenhilus ergriffen. Von da aus geht ein weiter venöser Kanal von der V. ren. sin. zur Vorderseite der Wirbelsäule. Die linke Niere zeigt normale Verhältnisse, die Leber ist stark vergrößert.

Interessant ist an dem Fall einmal die Entstehung der venösen Collateralbahn bei Verschluss beider Nierenvenen, dann die vollständige Ausschaltung der krebsig degenerirten Niere, auch der nicht ergriffenen Partien derselben von der Sekretion. So erklärt sich das stets normale Verhalten des Urins. **M. Cohn** (Berlin).

14. H. Vierordt. Ein Beitrag zur fieberhaften Gelbsucht (Weil'sche Krankheit).

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 4.)

V. hält jeden, besonders aber jeden noch vor der ersten Publikation Weil's beobachteten Fall von »Weil'scher Krankheit« für publicirenswerth und berichtet selbst ausführlicher über einen 1881 auf der Klinik Liebermeister in Tübingen vorgekommenen, einschlägigen Fall eines 19jährigen Metzgers.

Krankheitsbeginn mit Unwohlseinsgefühl, Wadenschmerzen, immer zunehmenden Kopfschmerzen, Müdigkeit, Frieren am 13. Juli, dann Unbesinnlichkeit, Delirien. Bei der Aufnahme, 16. Juli, wurden Pneumonie, Typhus, Scarlatina, später auch akute Leberatrophie und »Febris gastrica infectiosa« in Erwägung gezogen. Temperatur 40,9—39,7, Puls 116. 17. Juli Albuminurie, Temperatur 38,7—40,9 (4 Bäder). Delirien, Halluciniren. 18. Juli 40,5—39 (5 Bäder). 19. Juli: 40,7—38,6, Milz etwas größer, Delirien. 20. Juli: Temperatur 39,9—38,2; starker Ikterus bei gefärbten Fäces beweist, da zwischen Gallenverschluss und Acholie der Fäces 2 Tage vergehen, noch nicht die hämatogene Natur des Ikterus, der einfach den Typhus zu kompliciren schien. 21. Juli: Temp. 39—38,1, Harnretention. 22. Juli: Milz wächst, Urin enthält Eiweiß und Gallensäuren. Ikterus zu stark für einen hämatogenen. Die harten gelben Fäces könnten übrigens aus der Zeit vor dem Gallenverschluss stammen. 23. Juli: Acholie, Leberdämpfung etwas größer, Fieber mit steigendem Ikterus geringer (37,7—36,9), später umgekehrt (2. August: 38,2—39,5). 25. Juli: vertrocknetes Herpesbläschen. Entlassen am 21. August mit Spuren von Ikterus.

Obgleich V. anerkennt, dass Fälle wie der vorstehende nicht allzu selten und unter verschiedenen Namen, »Typhus hépatique benin«, Typhus abortivus biliosus, beschrieben sind, hält er doch die Auffassung der Krankheit als einer eigenartigen für »mindestens so plausibel« als die, dass es sich in solchen Fällen um ein dem Typhusgift analoges, wenn nicht gleiches Inficiens mit besonderer Lokalisation in der Leber handelt. **K. Bettelheim** (Wien).

15. De Grandmaison. La variole hémorrhagique à Paris en 1887.

(Arch. génér. de méd. 1888. p. 641.)

Verf. giebt einen gedrängten Bericht über die Fälle schwerer hämorrhagischer Pocken, welche im Pockenkrankenhaus im Jahre 1887 zur Beobachtung kamen.

Das schwere Krankheitsbild der hämorrhagischen Variola wurde in 1,4% der in Behandlung getretenen Fälle beobachtet; die meisten Pat. standen im Alter von 20—40 Jahren. Der ganze Symptomenkomplex und der rasche — noch vor dem Ausbruch des pustulösen Ausschlags zum Tode führende — Verlauf waren die gewöhnlichen, vielfach beschriebenen.

Von den 22 Erkrankten waren 19 Individuen einmal vaccinirt gewesen, einer zweimal; von den beiden anderen fehlen die Angaben. **von Noorden** (Gießen).

16. **R. Grenier.** Hystérie et Diabète.

(Arch. génér. de méd. 1888. p. 453.)

Verf. vertritt den Standpunkt, dass im Verlauf des Diabetes mellitus hysterische Anfälle auftreten, welche durch den diabetischen Process hervorgerufen werden und als eine Intoxikationserscheinung aufzufassen seien und er spricht desshalb in Übereinstimmung mit Debove in diesen Fällen von einer »toxischen Hysterie«. Einige Krankengeschichten sind beigegeben.

Ref. beschränkt sich darauf, den leitenden Gedanken der Arbeit angedeutet zu haben. Wer dem Verf. auf das Gebiet willkürlicher Deutungen zu folgen geneigt ist, sei auf das Original verwiesen. **von Noorden** (Gießen).

17. **Nothnagel** (Wien). Über Tumoren der Vierhügelregion.

(Wiener med. Presse 1889. No. 3.)

Ein 15jähriger Knabe erkrankte einige Zeit nach einem Sturze an Gehstörungen, denen sich allmählich entwickelnde Symptome einer intracraniellen Drucksteigerung — Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Übligkeit, Erbrechen — anschlossen; weiter trat Stauungspapille, zur Atrophie führend, Schwindel, Benommenheit des Sensoriums hinzu. Für die lokale Diagnose konnten zwei Symptome verwerthet werden: 1) eine ausgesprochene Ataxie; 2) Starrheit der Bulbi, deren Bewegungen besonders am linken Auge beschränkt waren; es bestand Parese des Oculomotorius und des Abducens. Die auf einen Tumor in den Vierhügeln mit consecutivem Hydrocephalus gestellte Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Im Anschlusse an diesen Fall erläutert N. die auf Vierhügelerkrankung hinweisenden Symptome. Einmal ist es die im Beginne der Erkrankung schon vor Ausbildung des Hydrocephalus sich einstellende cerebrale Ataxie — die ja aber an und für sich auch bei anderen Hirnerkrankungen vorkommt — und zweitens ist es die Lähmung der Augennerven. In den meisten bisher bekannten Fällen war neben dem Oculomotorius auch der Trochlearis und Abducens befallen. Das Zusammentreffen beider Symptome berechtigt zur Diagnose eines Tumors der Vierhügelregion. Die Beziehungen der Vierhügelregion zu Störungen des Gesichtssinnes sind noch nicht genügend klar gestellt. **Leubuscher** (Jena).

18. **W. Manasse.** Ein Fall von Cysticercus thalami optici.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 22.)

Ein bisher stets gesundes 20jähriges Fräulein klagte plötzlich über ein eigenthümliches, prickelndes Gefühl in den Händen, dem sich bald darauf heftige Niesanfälle und Kopfschmerz anschlossen. 2 Tage später trat Lähmung der linksseitigen Extremitäten ein, der bald Parese der rechten Körperhälfte und Unfähigkeit zu schlucken folgten. Sensibilität blieb intakt, Kniephänomen fehlte. Bewegungsunfähigkeit des Kopfes, Luftmangel, plötzlicher Tod am 4. Tage seit dem Auftreten der Parästhesien.

In dem Thalamus opticus linkerseits befindet sich ein völlig ausgebildeter Cysticercus, der bis auf geringe Röthung und Infiltration der allernächsten Umgebung die Sehhügelsubstanz in normalem Zustande gelassen hatte. Die linke Pleura und die linke Lunge sind von zahlreichen verkalkten Cysticerken durchsetzt. Das Interesse des Falles liegt in der Latenz des Tumors und in der zuerst erscheinenden gleichseitigen Hemiplegie. Der größer gewordene und in lebhafte Bewegung gerathene Sehhügel-Cysticercus habe eine momentane und totale Lähmung der Herzthätigkeit bewirkt. **J. Ruhemann** (Berlin).

19. v. Bergmann. Ein geheilter Hirnabscess.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 50.)

Der 29jährige Pat. litt seit dem 15. Lebensjahre an rechtsseitiger Ohreiterung. In den letzten 3 Wochen hatte er häufig stärkere Schmerzen im kranken Ohre, Schwindelanfälle mit Taumeln, große Mattigkeit, besonders Abends, Appetitmangel, oft Frösteln und Hitze. Vor einigen Tagen begannen heftige Kopfschmerzen, die bei Tag und Nacht gleichmäßig anhielten und rechts heftiger waren als links. Bei der Aufnahme zeigte der Kranke große Mattigkeit und Apathie, leichten Ikterus, eine Temperatur von 39,7, Respirationsfrequenz 24, Pulsfrequenz dagegen nur 50. Keine auffallenden Bewegungsstörungen in den Extremitäten, aber deutliche Schwächung des linken Armes und Herabsetzung der Empfindlichkeit gegen Nadelstiche an den linken Extremitäten. Pupillen-, Augen- und Zungenbewegung normal. Die Untersuchung des Ohres ergab Ausfüllung der Paukenhöhle mit Eiter und mit Granulationen, welche vom Tegmen tympani herabhingen. Hörvermögen auf dem gesunden Ohre normal. Bei der Perkussion des Schädels wird beim Anschlagen einer kleinen Stelle über dem kranken Ohre starke Vermehrung des Schmerzes geklagt.

Aus diesen Erscheinungen konnte die Diagnose auf einen Abscess im rechten Schläfenlappen gestellt werden (vgl. die in diesem Blatte bereits referirte Abhandlung von v. B.: »Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten«). Nach der Trepanation an der bei der Perkussion empfindlichen Stelle konnten durch Einschnitt in das Hirn etwa 30 ccm eines grünlich gelben, sehr übelriechenden Eiters entleert werden. 4 Stunden nach der Operation hatte sich der Puls auf 88 Schläge in der Minute gehoben, nach dem Erwachen aus der Narkose klagte der Kranke nicht mehr über Kopfschmerz, am nächsten Tage war die Temperatur normal und nach 6 Wochen war der Kranke bis auf einen ganz spärlichen Ausfluss aus dem Ohre geheilt. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

20. H. Oppenheim. Über einen Fall von syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems, welche vorübergehend das klinische Bild der Tabes dorsalis vortäuschte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 53.)

Die 31jährige Kranke war 1881 syphilitisch inficirt. Im Februar 1885 stellten sich Schmerzen und Schwächegefühl in den Beinen ein und das Kniephänomen wurde vermisst. Nach einer Schmierkur trat wesentliche Besserung ein, jedoch nur vorübergehend. Im Mai kamen reißende Schmerzen im rechten Arm, krampfhafte Hustenanfälle und Schlingbeschwerden dazu. Bei der Aufnahme fand man, beiderseitige Ptosis, fast vollständige Lähmung des rechten Oculomotorius, eine Parese des linken in einigen Zweigen, beiderseitige Pupillenstarre, Parese des Gaumensegels. Dabei bestanden Hustenanfälle mit dem Charakter der Larynxkrisen, Brechanfälle, Lähmung des rechten Stimmbandes mit fehlender galvanischer Erregbarkeit des Recurrens, Parese des rechten Cucullaris und Sterno-cleidomastoideus mit partieller Entartungsreaktion, konstante Beschleunigung der Pulsfrequenz, beiderseitiges Fehlen des Patellarreflexes, Sensibilitätsstörungen in den Beinen, Harnbeschwerden und das Romberg'sche Symptom. Eine Schmierkur brachte abermals Besserung, die Kranke verließ das Spital, musste aber bereits im Januar 1886 wieder aufgenommen werden wegen eingetretener Verschlimmerung. Es fiel jetzt auf, dass bei fehlendem Kniephänomen Fußzittern hervorgerufen werden konnte. Eine neue Inunktionskur hatte keinen Erfolg. Ende Juli 1887 fand man, dass statt des Fehlens eine lebhafte Steigerung des Kniephänomens nachweisbar war, eben so Fußklonus. Am 2. April 1888 starb die Kranke an Carcinoma uteri.

Die Sektion ergab, entsprechend dem mittleren und unteren Brust- und oberen Lendentheil, Pachymeningitis interna chronica mit Arachnitis gummosa, deren Gewebsneubildung an der Grenze vom mittleren und unteren Brusttheil den ganzen Querschnitt des Rückenmarks durchsetzte und die Wurzeln umklammerte. Ferner fanden sich Bulbärveränderungen wie bei Tabes und verschiedene nukleäre Atrophien.

Den Wandel in dem Verhalten des Kniephänomens erklärt O. durch die Schwellungsfähigkeit der syphilitischen Neubildung und die hieraus resultirende wechselnde Beeinträchtigung der umklammerten Nervensubstanz.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

21. **Hallopeau et Wickham.** Sur une forme suppurative de lupus tuberculeux.

(Union méd. 1889. No. 5.)

Lupöse Knoten in der Haut gelangen meist nur sekundär zur Eiterung. Eine Ausnahme hiervon bildet folgender Fall:

Der betr. Pat. ist 38 Jahre alt. Die Bedeckung des Gesichts ist größtentheils roth und verdickt. Man gewahrt daselbst zahlreiche Knoten mit gelblichem Centrum, so wie weniger umfangreiche, verschieden gestaltete, fluktuirende Hervorragungen, die in der Haut oder subkutan liegen und puriformen oder gelblichen, bröckligen, dickflüssigen Inhalt haben. Über jedem oberen Augenlid befindet sich ein solcher kleinnussgroßer Tumor. Zwischen den größeren Tumoren und kleinen Knoten sind alle Übergänge vorhanden. Letztere sind roth, weich, rund, wenig hervorragend. Die Nasenschleimhaut ist mit Krusten bedeckt; es besteht eitriger Ausfluss aus der Nase; die Schleimhaut der Lippen, des Zahnfleisches und der Wangen enthält zahlreiche Knötchen, von denen viele gelbliches Centrum und eitrigen Inhalt haben. Zwei größere Abscesse haben sich vorn in die Mundhöhle eröffnet. An der Pharynxwand sind Eindrücke und narbige Streifen sichtbar. Die Halsdrüsen sind rosenkranzartig angeschwollen. Keine Symptome von Lungenphthise. 1883 war der Kranke, Hufschmied, von einem Pferde am Kinn gebissen worden. 18 Monate später entstand in der Narbe ein Tumor, der Hühnereigröße erreichte, nach 4 Monaten sich öffnete und dann vernarbte. Eine ähnliche Geschwulst entstand zu gleicher Zeit unter dem rechten Unterkieferwinkel und bald an der Oberlippe die Lupusaffektion. Die vereiterten Tumoren haben sich in der letzten Zeit besonders in der Ausdehnung der lupösen Partie ausgebreitet.

Die mikroskopische und bakteriologische Prüfung des Inhaltes der Tumoren ergab, dass in denselben Tuberkelbacillen vorhanden waren. Nicht in allen vereiterten Knötchen fanden sich aber Kokken vor, so dass die Eiterbildung in diesem Falle nicht an die Gegenwart pyogener Mikroorganismen gebunden war. Es beruht dieselbe auf der Anwesenheit von Leukomainen, welche von den Bacillen auf Kosten des Nährbodens, auf dem sie sich befinden, erzeugt werden. Meist geht die Eiterbildung in der Unterhaut vor sich; wie obiger Fall zeigt jedoch auch in der Haut.

G. Meyer (Berlin).

22. **Kluczenko.** Über das Vorkommen der Pellagra in der Bukowina.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 3.)

K. hat 12 Fälle von Pellagra beobachtet, alle bei Bauersleuten, deren Hauptnahrung die aus Maismehl zubereitete Mamaliga ist. Die Krankheit ist eine chronische, jahrelang andauernde. Die ersten Symptome sind gastrische Beschwerden, verbunden mit heftigen, oft blutigen Diarrhoen. Dazu gesellt sich Kopfschmerz, Schwindel und rauschartiges Betäubtsein. Mitunter verschlimmern sich die cerebralen Symptome bis zum Irrsinn, auch Selbstmord hat R. beobachtet. Anfangs Mai stellt sich ein Erythem des Hand- und Fußrückens ein, bisweilen auch auf der unteren äußeren Fläche des Vorderarms. In schwereren Fällen findet sich das Erythem auch im Gesicht und Genick. Im September beginnt das Erythem zu verblassen, sich abzuschuppen, die Haut ist dann dunkler gefärbt, rauh und mäßig glänzend. Gleichzeitig tritt Nachlass aller übrigen Krankheitssymptome ein, im Winter befinden sich die Kranken ganz wohl, mit Beginn des Frühjahrs stellt sich das Leiden in gleicher Weise wieder ein.

In leichten Fällen und in den ersten Jahren scheint durch Arsen und Eisen so wie roborirende Kost noch eine Heilung der Krankheit möglich zu sein, später ist eine solche ausgeschlossen.

Ätiologisch hält Verf. es für erwiesen, dass die Pellagra durch Genuss verdorbener Maisfrucht entsteht. Er nimmt ferner an, dass die Krankheit durch eine

Intoxikation veranlasst wird und dass die chemische Noxe in Alkohol extrahirbar ist. Dafür spricht, dass vorzugsweise Männer, die zu jeder Mahlzeit reichlich Schnaps genießen, befallen werden, während Frauen und Kinder gesund bleiben.

M. Cohn (Berlin).

23. P. Terray. Tinctura Strophanthi hispidi.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 39.)

Verf. bestätigt in 25 Beobachtungen, unter denen 15 sich auf inkompensirte Herzklappenfehler beziehen, die Angaben der meisten Ärzte über die pharmakologischen Wirkungen des Strophanthus. Er sah in »geeigneten« Fällen die Zahl der Herzkontraktionen abnehmen, ihre Energie sich steigern, den Blutdruck zunehmen, den Rhythmus der Herzthätigkeit sich regeln und die Diurese in geradem Verhältnis zur Höhe des aufsteigenden Astes der Pulskurve sich mehren. Auch die von Langgaard beobachtete Wirkung auf das Cerebrum konnte er bei mehreren Kranken, welche nach den ersten Gaben des Mittels in einen mehrstündigen erquickenden Schlaf fielen, bewahrheiten. **G. Sticker** (Köln).

24. G. T. Welch. Toxicological effects of boracic acid.

(Med. record 1888. November 3. p. 531.)

Gegen sehr hartnäckigen Fluor albus hatte W. schließlich fein pulverisirte Borsäure in Substanz, etwa 2 Drachmen (7,5 g), in die Vaginalhöhle eingebracht und darin bis zum 3. Tag mittels Wattebausches zurückhalten lassen. Diese wiederholte Behandlungsweise hatte zwar den gewünschten Erfolg bezüglich des Zurückgehens und Aufhörens der Leukorrhoe, aber schon am 2. Tage nach dieser Behandlung begann sich in Händen und Füßen etwas Ameisenkriechen bemerkbar zu machen, später auch im Gesicht; die Pat. beklagte sich über große Abgeschlagenheit, sie entfernte den Wattetampon und machte eine heiße Ausspülung. Gleichwohl nahm an den folgenden Tagen das Brennen und die Schwellung der Haut zu und wurde dunkel verfärbt, jegliche Bewegung war schmerzhaft. Bei den am meisten afficirten Theilen der Haut stellte sich Exfoliation ein. Obwohl W. bei der Pat. keinerlei Schädlichkeit durch Ingesta oder in der Lebensweise nachzuweisen vermocht hatte, war er an eine derartige Giftwirkung der Borsäure nicht zu glauben geneigt, bis bei einer 2. und 3. Pat. auf die Borsäureapplikation bedenkliche Erscheinungen von Collaps sich einstellten. Bei der 2. Pat. erfolgte später nach mehreren Tagen ebenfalls eine »kleienförmige« Abschuppung der Haut. Bei der 3. Pat. kamen die bedrohlichen Erscheinungen: schwacher Puls und mühsame Respiration schon 12 Stunden nach der Borsäureapplikation. Nach der sofortigen Vaginalausspülung und Anwendung von Stimulantien erholte sich Pat. bald wieder im Laufe weniger Stunden. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

25. E. Rapin. Accidents dus à l'antipyrine.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1888. November 20.)

Eine 28jährige Dame, welche gegen Ischias schon öfters mit gutem Erfolg Antipyrin in Dosen zu 1 g eingenommen hatte, bekam mit einem Male durch dieselbe Dosis Antipyrin (identisches reines Präparat) alsbald brennende, sehr heftige Schmerzen im Magen, Erbrechen und starke Collapserscheinungen. Bei der Ankunft des Arztes bestand Cyanose der Lippen, die sich später noch auf die Wangen ausbreitete, der Puls war klein und sehr frequent; unter lebhaftem Jucken entwickelte sich auf der ganzen Haut ein Exanthem, am folgenden Tage war Pat. wieder hergestellt.

In einem ähnlichen Falle, welchen R. citirt, sollen durch die subkutane Injektion von 1 mg Atropin die bedrohlichen Erscheinungen rasch beseitigt worden sein. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. Sonnabend, den 25. Mai. 1889.

1. J. Munk. Über Bildung, Ansatz und Schwund des Körperfettes.

(Nach einem am 1. November 1888 in der Gesellschaft für Heilkunde gehaltenen Vortrage.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 9. p. 177.)

Der Vortr. behandelt zunächst die Quellen der Fettbildung. Er führt aus, dass in erster Linie das Nahrungsfett resp. Fettsäuren und Seifen Fettansatz bewirken; dass aber, wie die Versuche von Rubner und ihm selbst auch für den Fleischfresser darthun, auch die Kohlehydrate zur Quelle der Fettbildung werden können; dass endlich wahrscheinlich auch aus dem Eiweiß der Nahrung Fett entstehen kann.

M. spricht sodann über den Fettverbrauch: den Verbrauch im Hunger, den Einfluss von Arbeit und Ruhe; die Wirkung des Ge-

nusses von Alkohol, der, in kleinen Mengen dargereicht, Fett und Eiweiß spart, in großen aber Eiweißzerfall und, vielleicht durch Abspaltung, Vermehrung des Körperfettes herbeiführt. Er untersuchte ferner den Einfluss der Wasserzufuhr, der Temperatur, der Unterdrückung der geschlechtlichen Funktionen (Kastration der Mastthiere), endlich die individuelle Disposition und die Vererbung der Anlage zum Fettansatz.

Zum Schluss unterzieht M. die Entfettungsmethoden einer kritischen Besprechung. Die Ebstein'sche Diät ist seiner Meinung nach zu arm an Eiweiß: den experimentellen Erfahrungen zufolge werde das Körperfett nur dann verbraucht, wenn bei reichlicher Zufuhr von Eiweiß diejenige von eiweißsparenden Mitteln (Fetten und Kohlehydraten) in spärlicher Menge erfolge. Diesen Anforderungen genüge die Örtel'sche Kost.

Bei fleißiger Muskelthätigkeit, die bei der Bekämpfung der Fettleibigkeit sehr wichtig ist, wird man, mit Ebstein, gegen eine größere Aufnahme von Nahrungsfett toleranter sein können; bei mangelhafter Körperbewegung wird man dagegen mit Örtel die Fettration herabsetzen müssen. Von Bedeutung ist ferner die Beschränkung der Wasserzufuhr, des Schlafes, des Alkoholgenusses.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. R. Oddi. Sulla tonicità dello sfintere del coledoco. (Laboratorio del Prof. Albertoni in Bologna.)

(Arch. per le scienze med. 1888. Fasc. 3.)

Die Lücke in der physiologischen Erklärung des Mechanismus, der den Abfluss der Galle in den Darm regelt und namentlich diesen Abfluss während der Verdauungspausen hindert, wird durch den Nachweis eines Sphinctermuskels am Ausgang des Ductus choledochus verkleinert. Den anatomischen Nachweis jenes Muskels konnte O. 1887 am Menschen und an verschiedenen Thieren (u. A. auch am Pferde, das bekanntlich der Gallenblase ermangelt) erbringen. Seine jüngeren Untersuchungen stellen die Thatsache der physiologischen Existenz eines solchen Schließmuskels fest. Im Einzelnen ergab sich (am curaresirten Hunde), dass dem Tonus des »Gallengangschließmuskels« ein Äquivalent von 575 mm Wasserdruck entspricht, ein Äquivalent, das also um etwa 475 mm Wasserhöhe den normalen Sekretionsdruck der Galle übertrifft; ferner dass wahrscheinlich im Zwölffingerdarm eine Nervenleitung endigt, welche den Schließmuskel in tonischer Wirksamkeit hält.

G. Sticker (Köln).

---

3. J. L. Prévost et P. Binet. Recherches expérimentales relatives à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et à leur élimination par cette sécrétion.

(Revue med. de la Suisse rom. T. VIII. Fasc. 5—7. p. 249, 313, 377.)

Nach einer Zusammenstellung der in der Litteratur vorhandenen Arbeiten über die Gallenabsonderung, und ihre Beeinflussung durch

Medikamente berichten P. und B. über ihre eigenen, an 2 Hunden mit permanenten Gallenfisteln angestellten Versuche.

Die 24stündige Menge der secernirten Galle berechnen P. und B. zu 17 g pro Kilogramm Thier. Die Ausflussgeschwindigkeit der Galle nimmt im Allgemeinen ziemlich bald nach der Nahrungsaufnahme zu. Einführung von Wasser in den Magen, so wie Injektion desselben in die Venen ändert die Sekretion kaum. Injektion von Galle oder gallensauren Salzen sowohl in den Magen wie in das Duodenum, als auch direkt in das Blut, rief beträchtliche Steigerung der Gallenabsonderung hervor. Von Mineralsalzen waren nur von ganz unbedeutender Wirkung doppeltkohlensaures Natrium, schwefelsaures und phosphorsaures Natrium. Nach chlorsaurem Kali stieg 15—20 Minuten nach der Aufnahme in den Magen die Sekretionsgeschwindigkeit auf das 2—3fache des normalen Betrages; auch war chlorsaures Salz in der Galle direkt chemisch nachweisbar. Chlornatrium war ohne Einfluss. Jodkalium änderte nicht die Quantität der Galle, machte sie aber mehr viscös und dunkler. Bromkalium und Bromnatrium hatte eine nur undeutliche Vermehrung zur Folge. In der Asche der Galle war Brom nachweisbar. Natürliches Karlsbader Salz und Karlsbader Wasser bewirkten keine bemerkbare Vermehrung. Durch Chlorlithium wurde die Ausscheidung der Galle merklich herabgesetzt; spektroskopisch war es in dem Sekret nicht nachzuweisen.

Unter den Metallen bewirkte Quecksilber als Kalomel eine leichte Verminderung, Sublimat keine Änderung der Gallenmenge. Auf elektrolytischem Wege war nur äußerst wenig von diesem Metall in der Galle nachzuweisen. Nicht fällbares Eisensalz bewirkte, subkutan injicirt, eine leichte Verminderung mit nur spurenweisem Übergang des Metalles in das Sekret; Kupfer ging nach subkutaner Injektion gar nicht, Blei nur in Spuren in die Galle über; Arsenik steigerte die Quantität der Galle etwas und war darin mit Hilfe des Marsh'schen Apparates nachzuweisen.

Von organischen Substanzen war das Terpentinöl als wesentlichster Bestandtheil des »Durande'schen Mittels« von besonderem Interesse; es bewirkte eine mehrere Stunden anhaltende vermehrte Sekretion einer flüssigeren und klareren Galle als zuvor; auch konnte der Übergang dieses Medikaments konstatirt werden. Weniger stark wirkte das Terpinol und vom Terpin waren nur große Dosen von Einfluss. Natriumsalicylat rief sowohl vom Magen aus wie subkutan eine rasche Vermehrung auf das Doppelte hervor; ähnlich Natriumbenzoat und Salol. Alkohol, Äther, Glycerin waren ohne Einfluss. Unter den Alkaloiden bewirkte Chinin nach Aufnahme per os eine leichte Vermehrung. In der Galle war es nicht nachweisbar. Nach Muscarin war die Wirkung inkonstant und nach Pilocarpin blieb sie ganz aus; Atropin bewirkte deutliche Verminderung, Koffeïn war ohne Wirkung; Strychnin hatte während der Vergiftungserscheinungen eine Verminderung zur Folge; Cytisin, Kairin waren ohne Einfluss, der des Antipyrins war nicht konstant. Propylamin, Trimethylamin bewirkten eine nur vorübergehende Steigerung, so auch Harnstoff.

Unter den vegetabilischen Purgantien war die Senna ohne, Rhabarber nur von unbedeutendem Einfluss; der der Aloë hingegen war deutlich, desgleichen auch der von Cathartinsäure in etwas größerer Dosis, eben so von Evonymin Zweifelhaft und inkonstant war eine Vermehrung der Gallensekretion bei Boldopräparaten, Ipecacuanha und Hydrastis canadensis. Nach Eingabe einer Maceration von Colombo erfolgte eine leichte Verminderung. Karmin und Fuchsin in den Magen eingegeben, gingen bei Hunden nicht in die Galle über, wohl aber bei Kaninchen und Meerschweinchen sowohl nach Einbringung in den Magen, wie unter die Haut; nachgewiesen wurde es in der Galle durch Fixation dieser Farbstoffe auf Seide.

Aus den zahlreichen beigefügten Versuchsprotokollen ist der Verlauf der einzelnen Beobachtungen genauer zu ersehen. Aus alle Dem ergiebt sich, dass der Leber als Eliminationsorgan für fremde dem

Organismus einverleibte Substanzen nur eine unbedeutende Rolle im Vergleich zu den Nieren zufällt. Nur für die Gallensäuren besitzt die Leber ein besonderes Elektionsvermögen, so dass es eigentlich nur durch diese Gallenbestandtheile zu einer intensiven und konstanten Polycholie kommt.

Bestimmte, konstante Beziehungen zwischen der Ausscheidung einer Substanz durch die Galle und ihrer Einwirkung auf die Gallensekretion sind nicht festzustellen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

4. **Netter.** Contagion de la pneumonie.

(Arch. génér. de méd. 1888. Mai, Juni, Juli.)

N. beschäftigt sich an der Hand der neu gewonnenen bakteriologischen Kenntnisse mit der Frage der Kontagiosität der Pneumonie. Er weist zunächst darauf hin, dass man leicht geneigt ist, die Kontagion zu übersehen, weil einerseits die Krankheit eine sehr häufige ist, sodann weil zu ihrem Zustandekommen außer der Gelegenheit zur Kontagion noch andere Faktoren nöthig sind (Empfänglichkeit des Individuums, Erkältung etc.), endlich weil die Kontagion ausgehen kann von Personen, die an einer anderen, aber auch durch den Pneumococcus bedingten, Krankheit leiden (Meningitis, Otitis, Pleuritis, Pericarditis, Endocarditis). Er führt sodann — unter Beiseitelassung aller Fälle, welche zu Pneumonieepidemien gehören — eine reichliche Kasuistik an, welche zu Gunsten der Kontagiosität der Pneumonie spricht. Die Kontagiosität der Krankheit ist in der Regel ziemlich schwach, aber sie kann auch gelegentlich sehr ausgesprochen sein. Die Ansteckung kann erfolgen entweder von Person zu Person, wobei der Kontakt zwischen Ansteckendem und Angestecktem in der Regel ein recht intimer (Schlafen in demselben Bette etc.), gelegentlich aber auch ein ganz oberflächlicher ist (z. B. vorübergehender Besuch). Die Übertragung kann aber auch erfolgen durch Gegenstände, welche mit dem Kranken in Berührung waren (Bett, Wäsche, Lehnstuhl etc.), ferner durch dritte, gesunde Personen (3 interessante Beobachtungen von Flindt), endlich auch durch die Luft — letzteres aber nur auf geringe Distanz: das Pneumoniekontagium ist nur wenig diffusibel.

Aber nicht nur während der Krankheit kann die Kontagion erfolgen, sondern auch noch nach dem Ablauf der Krankheit, und zwar selbst lange Zeit nachher — auch dafür werden Beispiele angeführt, u. A. eins, in welchem das Kontagium 5 Wochen lang in einer unbewohnten Wohnung sich konservirte. Es hängt damit zusammen, dass eine Familie, in welcher ein Fall von Pneumonie vorgekommen ist, wie N. aus einer Statistik von Riesell berechnet, 3—4mal mehr Aussicht hat, im nächsten Jahre eine Pneumonieerkrankung aufzuweisen, als eine andere. Allmählich schwächt sich die Aktivität des Kontagiums ab. Vielleicht hängen mit der langen Persistenz des Kontagiums — mehr als mit

der Übertragung einer etwaigen Prädisposition — die Fälle von scheinbarer Heredität der Pneumonie zusammen. Auch intra-uterin kann, wenn auch selten, die Pneumonie übertragen werden — wofür ein Fall von Thorner als Beispiel mitgetheilt wird —; es stimmt dies überein mit den Resultaten der Thierversuche von Foa und Bordoni-Uffreduzzi, so wie des Verf., welche den Übergang der Pneumoniekokken von der inficirten Mutter auf den Fötus nachwiesen.

Die lange Persistenz der Kontagiosität wird erklärt durch die Eigenschaften des Pneumoniekontagiums. Dasselbe ist gegen Austrocknung ziemlich widerstandsfähig. So behielten bei Versuchen des Verf. Organstücke und Blut von pneumonisch inficirten Thieren trotz Austrocknung noch nach 32 Tagen, pneumonisches Sputum noch nach 6 Tagen ihre Virulenz — Foa und Bordoni-Uffreduzzi konnten selbst bei 45tägiger Austrocknung Blut virulent erhalten[1]. Wichtiger als dieses ist aber wohl, dass der Mundspeichel von Personen, die an Pneumonie gelitten, noch lange hinaus den Pneumoniecoccus enthält. N. hat seine diesbezüglichen früheren Untersuchungen (vid. d. Centralblatt 1887 p. 130) fortgeführt und berichtet darüber Folgendes: Er hat im Ganzen 90 Personen, die an Pneumonie litten und besonders früher gelitten hatten, auf das Vorkommen von virulenten Pneumoniekokken im Speichel untersucht. Er fand dieselben im Speichel

während der Pneumonie	in 82%	der Fälle,
in der 1. Woche nach der Krise	in 16,6%	» »
» » 2. » » » »	in 11%	» »
während des Restes des 1. Quartals	in 60%	» »
» » » » 1. Jahres	in 89%	» »
» » 2., 3., 4. u. 5. »	in 80%	» »
nach dem 5. Jahre	in 67%	» »

Die Incubationsdauer der Pneumonie berechnet N. in der Regel auf 5 Tage, mitunter ist sie kürzer (1 Fall von Flindt: 36 Stunden), mitunter länger (Fall von van Dort: 10 Tage). Für die Abkürzung oder Verlängerung des Incubationsstadiums — das übrigens ohne Symptome verläuft — scheint die Qualität des Virus (schwere oder leichte Pneumonie) ohne wesentlichen Einfluss zu sein, von größerem die Quantität (kürzere Incubationsdauer bei sehr intimen Kontakt, wie Schlafen im selben Bette). Auch schon während des Incubationsstadiums scheint Ansteckung erfolgen zu können (eine Beobachtung von Stein 1885).

[1] N. weist bei dieser Gelegenheit mit Recht darauf hin, dass der bekannte Nachweis Emmerich's von Pneumoniekokken in der Zwischendeckenfüllung eines von einer Pneumonieendemie heimgesuchten Gefängnisses (Archiv für Hygiene 1884) desswegen für die vorliegende Frage keinen Werth habe, weil Emmerich den Friedländer'schen Organismus und nicht den wirklichen Erreger der Pneumonie, den Fraenkel'schen Pneumococcus, nachgewiesen habe. Emmerich selbst habe ihm übrigens mitgetheilt, dass er nicht mehr glaube, damals es mit dem Pneumoniemikroben zu thun gehabt zu haben.

Die Pneumonierecidive sind wohl sicher als eine Folge davon aufzufassen, dass die Pneumoniekokken noch nach der Genesung so lange im Organismus des Genesenen (Speichel) virulent bleiben. Bezüglich der Häufigkeit von Pneumonierecidiven hat N. selbst unter 81 Pneumonikern 25 gefunden, die schon früher eine oder mehrere Pneumonien durchgemacht (= 31%); eine größere Zusammenstellung der Zahlen Anderer (insgesammt 2255 Pneumoniker) ergiebt einen Procentsatz von 26,8 dafür. Die höchste Zahl von Pneumonien, die ein Kranker durchgemacht, beträgt 28; es ist ein Fall, den Rush berichtet und der einen Deutschen in Philadelphia betraf, der diese Zahl innerhalb 24 Jahren erreichte. Sonst sind Fälle von 16-, 15-, 13 etc. maligem Überstehen der Krankheit berichtet. Das Intervall zwischen dem erstmaligen und zweiten Erkranken ist in der Regel größer, wie zwischen späteren Recidiven, woraus N. darauf schließt, dass das Überstehen der Krankheit zunächst eine temporäre Immunität erzeugt.

Für die Praxis folgert N., dass es zwar nicht nöthig sei, die Pneumoniker rigorös zu isoliren, aber dass man doch den Aufenthalt anderer Personen im Zimmer der Kranken möglichst einschränken, mit der Wäsche vorsichtig sein soll etc. Im Hospital soll man, wenn man sie nicht isolirt, sie in großen Sälen unterbringen und Typhöse, Masernkranke, Bronchitiker, Nephritiker, Diabetiker von ihnen fern halten. Die Sputa sind zu desinficiren. Außerdem muss man sich bemühen, die Mikroben aus dem Speichel der Genesenen zu entfernen; welche Verfahren dafür die geeignetesten, bedarf weiterer Untersuchungen. **A. Freudenberg** (Berlin).

---

5. **Bucquoy** et **Marfan.** Étude sémiologique du second bruit du cœur.

(Revue de méd. 1888. No. 11. November 10. p. 857.)

In der ersten Hälfte ihrer Publikation bringen Verff. unter dem Titel »Abschwächung und Verschwinden des 2. Herztones« und »Verstärkung des 2. Tones« nur bekannte Thatsachen. Die Verstärkung des 2. Tones setzt stets Apyrexie voraus. Interessant, wenn auch nicht unanfechtbar, ist die Verwerthung dieses Satzes zur Differentialdiagnose bei Herzfehlern, welche beim Gelenkrheumatismus entstehen. Im akuten Fieberstadium ist hier der 2. Ton abgeschwächt, während seine wiederkehrende Verstärkung den Beginn der Rekonvalescenz bezeichnet; tritt nun im akuten Stadium ein systolisches Geräusch an der Herzspitze neben bestehender Abschwächung des 2. Tones auf, so ist dieses Geräusch fast immer auf eine Endocarditis der Mitralis zu beziehen; erscheint dagegen in der Rekonvalescenz ein systolisches Geräusch neben vorhandener Verstärkung des 2. Herztones, so ist dieses Geräusch als anämisches (dyskrasisches) aufzufassen. Eine umfangreiche Würdigung findet der klingende (metallische) 2. Aortenton. Er bezeichnet nur eine Veränderung des Schalltimbres, die im vorgeschrittenen Alter sich bemerkbar macht,

ist stets ein Zeichen von Atheromatose der Aorta und der Semilunarklappen und verdankt nicht einer Blutdrucksteigerung im Aortensystem seine Entstehung, weil er auch bei der auf Atheromatose (nicht dagegen auf Endocarditis) beruhenden Aorteninsufficienz hörbar ist. Bei dieser Insufficienz ist über dem rechten 2. Intercostalraum der Metallklang des 2. Tones, an der Herzspitze das diastolische Geräusch vernehmbar. Ist der klingende 2. Aortenton nicht auf den Ort seines Entstehens beschränkt, sondern von derselben Intensität in seiner Ausbreitung bis zur Pars acromialis clavic. dextr. und der rechten Axillarlinie zu hören, so legt diese weite Verbreitung des Tones stets den Gedanken an eine cylindrische Erweiterung der Aorta, oder an ein Aneurysma der Aorta ascendens oder des Aortenbogens nahe, so dass in diesem Falle Verff. es sich zur Regel gemacht haben, nach den übrigen Zeichen des Aortenaneurysmas zu suchen.

Roenick (Berlin).

---

6. **Rosenthal.** Über das Labferment, nebst Bemerkungen über die Produktion freier Salzsäure bei Phthisikern.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 45.)

Im Allgemeinen bestätigt R. die Angaben von Boas über die Eigenschaften des Labfermentes. Zahlreiche Versuche ergeben, dass 40° C. diejenige Temperatur ist, bei welcher die Fermentwirkung am schnellsten und sichersten auftritt, und zwar konnte dieselbe, besonders in Fällen von Vorhandensein freier Salzsäure, bereits nach 2—5 Minuten nachgewiesen werden. Die vollkommene Coagulation der Milch war durchschnittlich binnen 8 Minuten vollendet. Die Angabe von Boas, dass die bei der Säuregerinnung geronnenen Molken nicht mehr die Fähigkeit besitzen sollen, neuerdings Milch zu coaguliren, sucht R. zu widerlegen, während die andere Angabe, dass die Molken der durch Labfermentwirkung zur Gerinnung gebrachten Milch neuerdings Coagulationsfähigkeit besitzen, bestätigt wird. Durch Kontrolluntersuchungen wurde festgestellt, dass es das zur Milchgerinnung nicht verbrauchte Labferment ist, welches nach seinem Übergange in die Molken die Coagulation der neuen Milch bewirkt.

Dass ein starker Gallengehalt des Mageninhaltes die Labfermentwirkung aufhebt, konnte R. durch lang dauernde Beobachtung eines einschlägigen Falles bestätigen. Wenn das Labferment aus einer Vorstufe, dem Labzymogen entsteht, so kann dieses letztere seine Umwandlung in das Ferment auch bei nicht nachweisbar freier Säure, sei diese nun Salzsäure oder Milchsäure, erfahren.

Bezüglich des Mageninhaltes von Kranken mit deutlich nachweisbarer Phthisis pulmonum, sowohl in vorgeschrittenem als auch im früheren Stadium hat R. gefunden, dass derselbe keine freie Salzsäure enthält, obgleich der Appetit und die Verdauungsthätigkeit der zu den Untersuchungen verwendeten Kranken zumeist ein normales Verhalten zeigte. Diese auffallende Erscheinung sieht R. als eine funktionelle Störung an.

Seifert (Würzburg).

---

7. P. C. Plugge. Over den invloed van Saccharine op de digestie.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1888. No. 25.)

Die Übereinstimmung in der Zusammensetzung von Saccharin und Salicylsäure veranlasste P. zu diesen Untersuchungen, welche die folgenden Resultate ergeben haben:

1) Die Ptyalinverdauung von Stärkelösungen zeigte, dass ohne Saccharinzusatz nach 3 Minuten Zucker nachweisbar war und die völlige Verdauung 24 Stunden erforderte; mit 1 : 10 000 Saccharin (0,01%) nach 1 Stunde Zuckerreaktion, nach 30 Stunden völliger Umsatz; mit 1 : 5000 Saccharin (0,02%) erst nach 96 Stunden Zuckerreaktion; mit 0,03% Saccharin war nach 6 Tagen noch keine Reaktion nachweisbar.

2) Die Eiweißverdauung mit Magensaft wird eben so, aber nicht so stark verzögert. Ohne Saccharin wurde ein Stückchen Eiweiß nach 16 Stunden aufgelöst; mit 1 : 2000—1000 Saccharin (0,05—0,1%) nach 23 Stunden, mit 1 : 500 Saccharin in 52 Stunden, mit 1 : 125 Saccharin in 13 Tagen.

3) Die Eiweißverdauung mit Pankreassaft wird viel weniger von Saccharin beeinflusst.

4) Die Verdauung von Amylacea mit Pankreassaft wird gar nicht verzögert, wenn, wie Salkowski schon bemerkt hat, nur neutralisirtes Saccharin gebraucht wird.

P. möchte also davon abrathen, Saccharin als ein völlig unschädliches Präparat sich vorzustellen. Bei geschwächter Verdauung und bei Diabetes mellitus soll man jeden Stoff vermeiden, der die Digestion beeinträchtigt.

Feltkamp (Amsterdam).

---

8. F. Strassmann. Die tödliche Nachwirkung des Chloroforms.

(Virchow's Archiv Bd. CXV.)

9. C. Salkowski. Zur Kenntnis der Wirkungen des Chloroforms.

(Ibid.)

St. resumirt seine Untersuchungsresultate am Schlusse der Arbeit in folgenden Sätzen:

1) Nach längerer Chloroformirung lässt sich beim Hunde eine Fettmetamorphose der inneren Organe, vorzugsweise der Leber, in zweiter Reihe des Herzens, selten anderer Organe nachweisen.

2) Die Erhöhung der N-Ausscheidung beim Hungerthiere unter dem Einflusse des Chloroforms beweist, dass es sich hierbei um einen erhöhten Verfall von stickstoffhaltiger Substanz, um eine Fettdegeneration, nicht um eine Fettinfiltration handelt.

3) Mitunter führt die längere Chloroformirung beim Hunde Stunden (im höchsten Falle 30 Stunden) nach Ablauf der Narkose und nach scheinbar völliger Genesung noch zum Tode des Thieres.

4) Dass in den zum Tode führenden Fällen die Herzaffektion immer besonders intensiv gefunden wurde, lässt annehmen, dass in ihr die Ursache des letalen Endes zu sehen ist.

5) In nicht tödlichen Fällen bildet sich die Degeneration der Organe im Verlauf weniger Wochen wieder zurück.

6) Schwächende Einflüsse: Hunger, Blutverlust etc. begünstigen den Eintritt der Veränderungen; bei kräftigen und bei jungen Thieren kommen sie weniger leicht zu Stande.

7) Die vorherige Anwendung von Morphin vermindert mit der zur Narkose erforderlichen Chloroformmenge zugleich die Folgeerscheinungen derselben. Bei Äther kommen die gleichen Befunde nicht in erheblicher Weise zur Beobachtung, doch ist mit reinem Äther eine vollständige Narkose kaum zu erzielen.

8) Andere Thierarten: Katzen, Kaninchen zeigen in ihrem diesbezüglichen Verhalten Abweichungen von den Hunden, die bei der Übertragung der an letzteren gemachten Beobachtungen auf den Menschen zur Vorsicht mahnen. **H. Cohn** (Hamburg).

Die von Ref. kürzlich gefundene Steigerung der Stickstoffausscheidung beim Hungerthier nach mehrstündiger Chloroformnarkose hat S. auch nach innerlicher Darreichung des Chloroforms bei einem im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunde konstatiren können. Derselbe erhielt an 4 Tagen je 1,5 g Chloroform in Form von Chloroformwasser und zeigte an diesen Tagen eine N-Ausscheidung bis zu 25 g gegenüber einer Aufnahme von 17 g. Eine narkotische Wirkung des einverleibten Chloroforms trat nicht zu Tage und ist also der erhöhte Eiweißzerfall nicht nur eine Wirkung der Chloroformnarkose, sondern eine dem Stoff allgemein zukommende.

Die betreffenden Versuche waren von S. angestellt worden, um zu entscheiden, ob das Chloroformwasser, dessen hervorragende antiseptische Wirksamkeit er bereits früher konstatirt hatte, auch die Fäulnisvorgänge im Darmkanal günstig zu beeinflussen vermag. Ein Effekt in dieser Beziehung wurde einestheils durch Zählung der Bakterienkeime in den Fäces, andererseits durch Bestimmung der Ätherschwefelsäuren im Harn geprüft. Die Zahl der Keime ging nun beträchtlich herunter, die Menge der Ätherschwefelsäuren dagegen nur wenig (auch das Indican verschwand nie ganz). Zweierlei Annahmen können diese Inkongruenz erklären; es könnten von der pilztödtenden Wirkung des Medikaments gerade die Erreger der Eiweißfäulnis wenig betroffen sein, oder es könnte überhaupt die Intensität der chemischen Zersetzungen in weiteren Grenzen von der Zahl der Keime unabhängig sein. Da wir in den chemischen Produkten hier — wie meistens — die Hauptgefahr der Bakterienansiedelung zu suchen haben, erscheint das Chloroformwasser als Desinficienz des Darmes nicht verwendbar.

Die Bestimmung des Verhältnisses der Ätherschwefelsäure zur präformirten Schwefelsäure als Index der Fäulnisprocesse hätte hier ein falsches Resultat gegeben. Eine Veränderung dieses Verhältnisses kann ja,

wie S. und Fr. Müller schon früher dargethan, nicht nur bei Abnahme der Ätherschwefelsäure, sondern auch bei Zunahme der präformirten Schwefelsäure stattfinden, wie sie hier als Folgeerscheinung des gesteigerten Eiweißzerfalles eintrat. **Strassmann** (Berlin).

---

10. E. Henoch. Über Lebercirrhose bei Kindern.

(Charité-Annalen 1888.)

Im Anschluss an einen Fall von Lebercirrhose bei einem 10jährigen Mädchen bespricht H. die infantile Cirrhose.

Laure und Honorat bringen ein Material von 51 Fällen von Leberverhärtung im Kindesalter mit Ausscheidung der auf Syphilis beruhenden Processe. Es ist jedoch kein Grund vorhanden, die letzteren auszuschließen, da abgesehen von den gummösen Affektionen, Lebersyphilis besonders bei hereditärer Lues dieselben anatomischen Charaktere darbietet, wie die nicht luetische Cirrhose. Es übernimmt eben im Kindesalter für die Ätiologie der Lebercirrhose die Syphilis die Rolle, welche bei Erwachsenen der Alkoholmissbrauch spielt. Doch haben Birch-Hirschfeld, Demme u. A. auch für das Kindesalter Alkoholcirrhosen beschrieben.

Eine weitere Ursache für die Leberverhärtung im Kindesalter ist die chronische tuberkulöse Peritonitis. Man hat aber auch ohne das Vorhandensein einer Peritonitis interstitielle Hepatitis mit Granulationsbildung an der Leberoberfläche bei Tuberkulösen gefunden.

Auch die von Charcot, Gombault und Hanot beschriebene biliäre, hypertrophische Cirrhose muss man, wie bei Erwachsenen, im Kindesalter berücksichtigen, wobei übrigens nach den Untersuchungen von Litten fraglich erscheint, ob wirklich die Gallenstauung, wie jene Autoren meinen, das ätiologische Moment für jene Formen der interstitiellen Hepatitis abgiebt.

Endlich kommen für die Ätiologie der Lebercirrhose die Infektionskrankheiten in Frage. Aus der dieselben häufig begleitenden parenchymatösen Hepatitis kann in seltenen Fällen zunächst die hypertrophische und aus dieser die atrophische Cirrhose sich entwickeln.

Auffallend ist das häufige Fehlen von Ascites bei der Leberverhärtung im Kindesalter. H. glaubt, dass die Milz und die Magen- und Darmvenen als Reservoire für die verödeten Portalgefäße vikariirend eintreten. Denn auch in dem mitgetheilten Falle fand sich ein enormer Milztumor, so wie starke Hyperämie der Magen- und Darmschleimhaut.

Zum Schluss erwähnt H. die gegen das Ende der Krankheit in dem mitgetheilten Falle beobachteten Symptome, Palpitationen, Ödeme, Präcordialschmerz, systolische Geräusche, welche Erscheinungen bei Lebercirrhose bereits von französischen Autoren beobachtet wurden. Die Symptome werden durch den Sektionsbefund nicht erklärt. **P. Meyer** (Berlin).

---

11. **Misiewicz** (Lodz). **Durch Krankheiten der Harnröhre hervorgerufene Reflexneurosen im Urogenitalapparat. (Nerwice zwrohtue w narządzie plciowym wywołeme cierpieniem cewki.)**

(Przegląd lekarski 1888. No. 38 ff. [Polnisch.])

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen, die im Aufsatz ausführlich geschildert werden, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Es besteht ein kausaler Nexus zwischen den Erkrankungen der Harnröhre und ihrer Umgebung und verschiedenen Nervenstörungen im Urogenitalapparat, die als Reflexerscheinungen bezeichnet werden müssen. Die Stelle der übermäßigen Reizbarkeit lässt sich ziemlich genau begrenzen: die Schleimhautpartie an der unteren Fläche des Prostatatheiles, wo sie die Ejaculationsmündungen bis zu den Cowper'schen Drüsen hin überdeckt; bei den Frauen dagegen die Umgegend der Clitoris und Orific. urethrae, bis zum Constrictor vaginae hinauf. Diesen ursächlichen Konnex vermochte Verf. nachzuweisen für männliche Impotenz, Diabetes insipidus, Albuminurie, Milztumor und einige Formen von Lähmungen der Harnblase.

Die kausalen Erkrankungen waren: Chronischer Katarrh (Tripper), Ödeme und Narben, Verhärtungen und Tumoren in der Steißdrüse, wahrscheinlich auch Polypen. Zuweilen können es auch Varicen, Hypertrophien, Fremdkörper sein. Gewöhnlich bilden sich die Neurosen auf Grund von Neurasthenie u. dgl. und können als Druckneurosen bezeichnet werden.

Die Reflexe werden hier wohl auf verschiedenen Wegen vermittelt: bei Impotenz Zweige des Hypogastr. symp.; bei Albuminurie der Verbindungszweig des Plexus spermat., während bei Diabetes und den Lähmungen der Harnblase die Nn. rectal. med. und pudicus thätig sein mögen. Mit Beseitigung des ursächlichen Leidens schwindet auch die Neurose. Ätzungen der reizbaren Stellen in der Harnröhre mit Chromsäure werden empfohlen.

Smoleński (Krakau-Szczawnica).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **M. Glogner.** Über eine physiologische Abweichung bei dem unter den Tropen lebenden Europäer.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. p. 345.)

Bei 25 unter den Tropen lebenden Europäern beobachtete G. fast ausnahmslos den eingeführten Eiweißmengen gegenüber eine Verminderung der Stickstoffausscheidung durch den Urin, also eine Herabsetzung des Eiweißumsatzes oder der Eiweißresorption. Auf das Kilo Körpergewicht berechnet schied der Europäer, welcher weniger als 4 Jahre unter den Tropen lebte, im Durchschnitt 0,143 g, derjenige, welcher länger als 4 Jahre in Indien war, nur 0,101 g N aus. Manches spreche dafür, dass eine Verminderung der Eiweißresorption das ursächliche Moment sei und zwar besonders das häufige Vorkommen von Darmaffektionen bei den Europäern gegenüber den Eingeborenen, hervorgerufen durch den größeren

Eiweißgehalt des Kothes. Andererseits sei auch die Häufigkeit der Lebererkrankungen im Zusammenhange mit Darmaffektionen und dem Abusus spirituosorum beachtenswerth, da hierdurch die Zerlegung des cirkulirenden Eiweißes (im hohen Grade beeinträchtigt werde. **Peiper** (Greifswald).

13. **Soulié.** Sur l'étiologie du paludisme.

(Compt. rend. hebd. des séances de l'Acad. des sciences 1888. November 23.)

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluss, dass die von Laveran im Blut von Malariakranken aufgefundenen corpusculären Elemente in der That im Blute derartiger Kranker vorkommen und zwar fand sie S. unter 20 Fällen einmal. Die verschiedenen Formen entsprachen verschiedenen Entwicklungsstadien des Mikroorganismus, welcher zur Gruppe der Sporozoen gehörig ist.

Peiper (Greifswald).

14. **M. Flesch** (Frankfurt a/M.). Zur Kasuistik der diphtheritischen Lähmung.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 48.)

Ein 4jähriges Kind klagte gelegentlich eines Besuches des Arztes beim Vater desselben über Zahnschmerzen und bei der Inspektion des Mundes sah man auf beiden Tonsillen große runde, gelbweiße Flecken, die als diphtheritische aufgefasst wurden, obwohl kein Fieber, keine Röthe oder Schwellung, keine Albuminurie bestand und das Allgemeinbefinden vollständig gut war. Nach 12 Tagen war der Belag verschwunden und 8 Tage später trat eine Lähmung der Gaumenmuskulatur auf und noch später eine rasch vorübergehende Augenmuskellähmung.

Es bestand also hier eine Diphtherieerkrankung, die bei dem Fehlen jeder objektiven Krankheitssymptome durch Zufall entdeckt wurde, rein örtlich gewesen war und doch zu einer nervösen Nachkrankheit geführt hatte, die auf eine tiefer gehende Infektion des Organismus hinweist. Es muss also trotz des Fehlens nachweisbarer Symptome die Aufnahme des diphtheritischen Giftes von der erkrankten Schleimhautoberfläche stattgefunden haben und zwar in einer Menge, die erhebliche nervöse Störungen hervorzurufen im Stande war, ohne aber sonst die Körperfunktionen und das Allgemeinbefinden in irgend einer Weise zu beeinträchtigen.

Goldschmidt (Nürnberg).

15. **Maubrac** (Paris). Parotite ourlienne: orchite successive des deux testicules.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 3.)

Während einer Parotitisepidemie, die 80—90 Kinder eines Ortes mit ca. 7000 Seelen Bevölkerung heimsuchte, wurde auch ein sonst gesunder 45jähriger Mann, der einzige Pat., welcher in dieser Epidemie über 20 Jahre alt war, von der Affektion befallen. Der örtliche Zustand mit den gewöhnlichen Erscheinungen der Parotitis hielt 4 Tage lang an. Am 6. Tage hatte sich letztere etwas gebessert, jedoch hatte sich nun schmerzhafte Anschwellung des linken Hodens eingestellt, die 5 Tage lang währte, während welcher Zeit die Anschwellung der Parotis langsam zurückging. 16 Tage nach Beginn der Krankheit wurde der rechte Hode schmerzhaft und angeschwollen, und 8 Tage später war der Pat. vollkommen wieder hergestellt.

Gerade als dieser Pat. krank wurde, trat ein Kind von 6 Jahren in demselben Hause in die Rekonvalescenz ein. Die Zähne des Kranken waren vollkommen gesund; Lues, Intermittens, Erkrankungen der Blase oder Harnröhre waren bei dem Manne nicht vorhanden gewesen. Von einer weiteren Erklärung des Falles (Spätlokalisation oder Reinfektion) sieht M. ab. **G. Meyer** (Berlin).

16. **O. Betz.** Mumps der Sublingual- und Submaxillardrüse.

(Memorabilien 1888. Hft. 4.)

Eine 35jährige Frau bekommt Schmerzen beim Essen und Sprechen; leichtes Fieber; die Sprache wird unverständlich. Die Zunge ist geschwollen, mehr links als rechts. Zwischen Zunge und linker Unterkieferwand ist die geschwellte, harte

Sublingualdrüse zu fühlen, die sehr schmerzhaft ist, eben so wie die geschwollene, von außen fühlbare Submaxillardrüse. Boden der Mundhöhle und Unterkiefergegend ist teigig infiltrirt. Beim Sondiren des Duct. Whartonianus und Stenonianus folgte der Sonde etwas bräunlicher, stinkender Eiter. In die geschwollenen Partien werden Injektionen von Thymollösung gemacht. Nach 8 Tagen Heilung.

Leubuscher (Jena).

17. **Vogel.** **Spontanheilung eines Aortenaneurysmas.**

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Bei einem jüngeren Manne soll ein Aneurysma der Aorta descendens, das angeblich plötzlich nach einer körperlichen Anstrengung entstanden war und dem Kranken so heftige Beschwerden verursachte, dass er ständig die Rückenlage einzunehmen gezwungen war, allmählich wieder von selbst ganz geschwunden sein, nachdem die dagegen eingeschlagenen Maßnahmen sich als wirkungslos erwiesen hatten. Aus der sehr kurzen Krankengeschichte ist nur zu entnehmen, dass ein pulsirender, sehr empfindlicher Tumor im Leibe vorhanden war; den Beweis für die Richtigkeit der Diagnose, dass es sich wirklich nur um ein Aneurysma der Aorta gehandelt haben kann, führt Verf. damit, dass sie von verschiedenen Ärzten bestätigt worden ist.

Markwald (Gießen).

18. **L. Bouveret.** **Note sur l'insuffisance aortique relative dans la néphrite interstitielle.**

(Lyon méd. 1888. No. 23.)

Unter 20 Kranken mit Nierenschrumpfung und starker Erhöhung des arteriellen Druckes sah Verf. bei dreien ein im Verlaufe der Krankheit auftretendes, jedenfalls sehr lange konstant bleibendes diastolisches Geräusch, auf eine Aorteninsufficienz zurückführbar, sich ausbilden. Er glaubt, dass man es hier mit einer relativen Insufficienz des Ostium arterios. sinistr. zu thun habe; um so mehr, als bei dem einen der drei zur Obduktion gekommenen Fälle jede anatomische Veränderung des Klappenapparates fehlte.

Leubuscher (Jena).

19. **Aufrecht (Magdeburg).** **Kasuistische Mittheilungen.**

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIII. Hft. 4 u. 5.)

1) Ein Carcinom des Dickdarmes.

Ein 37jähriger Mann, früher nicht wesentlich krank, erkrankt im December 1887 mit Leibschmerzen, Erbrechen und blutigen Diarrhoen, die einige Tage andauerten: 6 Wochen danach Aufnahme in das Krankenhaus; in der rechten Unterbauchseite fühlt man einen Tumor, der vom Rippenbogen bis zum Os pubis reicht, 16 cm lang und ca. 8 cm breit, hart, höckerig und beweglich ist und als Carcinom des Colon ascendens aufgefasst wird. Es wird eine Probelaparotomie gemacht und dabei gefunden, dass der Tumor eine ungleichmäßige höckerige Verdickung des Colon ascend. darstellte, dass auch im Netze haselnussgroße harte Knoten waren, so dass von einer Radikaloperation Abstand genommen wurde; trotz sorgfältiger Antisepsis stellte sich eine Peritonitis ein, der Pat. 3 Tage nach der Operation erlag. Die Sektion, so wie die mikroskopische Untersuchung bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose.

2) Perforation eines Gallenblasensteines in die Leber mit nachfolgender Hämorrhagie und Ruptur derselben.

Der Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der vor 9 Jahren zuerst einen Anfall von Kolikschmerzen bekam, vor 8 Jahren ikterisch war und neuerdings 2 Tage vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus am 25. Mai 1888 mit Übelkeit, Herzklopfen, Athemnoth, Leibschmerzen, Schüttelfrost und Schwindel erkrankte. Bei der Aufnahme des Pat. bestand lebhafte Druckempfindlichkeit rechts im Abdomen, daselbst eine Dämpfung, leichtes Fieber und am 31. Mai fühlte man eine von der Leber nicht abzugrenzende Resistenz, die bis zum Os ilei herabreichte; das Fieber ließ rasch nach, eben so die Schmerzen und am 5. Juni trat Pat. aus, um schon am 17. Juni wiederzukommen, weil wiederum Kolikanfälle aufgetreten waren; am 19. Juni zeigte sich Ikterus, das Gesicht war bleich, es bestand Erbrechen, hohes

Fieber, heftige Schmerzen, Pat. kollabirte und starb am 23. Juni. Bei der Sektion fand sich im rechten Leberlappen ein ca. 12 cm langer und 5 cm breiter Riss, von welchem aus man in eine mannsfaustgroße Höhle des rechten Leberlappens gelangte, die wie jener mit geronnenem Blut ausgefüllt war; in der Tiefe dieser Höhle fand sich dann noch ein Gallenstein, der zur Hälfte in diese Höhle hineinreichte, zur anderen Hälfte in der Gallenblase steckte; diese selbst war mit dem Netze und dem Colon verwachsen und zeigte eine Perforationsöffnung, durch welche der Stein in die Leber eindrang. Der Stein war eiförmig, 4,5 cm lang und 3 cm dick von rauher Oberfläche; Blut fand sich auch in der Gallenblase, so wie im Dünndarm. **Goldschmidt** (Nürnberg).

20. **Ch. Jürgensen** (Kopenhagen). Über Fälle von Ruminatio, verbunden mit Fehlen der freien Salzsäure im Magensaft.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 46.)

In 2 Fällen von Rumination handelte es sich um Fehlen freier Salzsäure im Magensaft. Da bisher die sekretorischen Verhältnisse des Magens bei Rumination noch nicht Gegenstand genauerer Untersuchung gewesen sind, so lässt es J. noch dahingestellt, ob hier nur eine Koincidenz vorliegt oder ein wahrer Konnex. Vielleicht wird es sich durch weitere Beobachtungen und Untersuchungen herausstellen, dass die Ruminatio humana nicht nur als eine motorische Störung des Magens anzusehen ist.

Der erste der mitgetheilten Fälle zeichnete sich dadurch aus, dass die größten Mengen eingetrichterter Nahrung ganz ohne Widerstand behalten wurden, während die auf dem gewöhnlichen Wege des selbständigen Schluckens aufgenommene Nahrung ruminirt wurde. **Seifert** (Würzburg).

21. **Schwass.** Kalomel und Digitalis bei Ascites in Folge von Lebercirrhose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 38.)

In Fällen von Ascites bei Lebercirrhose, wo keine Komplikation mit einer schweren anderweitigen Organerkrankung, abgesehen von Herzaffektionen, besteht und wo die Krankheit nicht bereits in die letzten Stadien eingetreten ist, empfiehlt S. auf Grund seiner im Augustahospital in Berlin auf der Abtheilung von Senator gemachten Erfahrungen einen Versuch mit Kalomel und Digitalis (Kalomel 0,1 + Digitalis 0,05, 3stündlich eine Woche hindurch) zu machen. In zweien seiner mitgetheilten Fälle ist entschieden der Vereinigung dieser beiden Mittel der Erfolg zuzuschreiben, da das eine oder andere für sich fast gar nicht auf die Diurese einwirkte. Ein Vortheil in solchen Kombinationen scheint darin zu liegen, dass bei gleichzeitiger Darreichung von Digitalis das Kalomel besser und länger vertragen wird. **Seifert** (Würzburg).

22. **F. Betz.** Zur Kenntnis und Würdigung der Peptontherapie.

(Memorabilien 1888. Hft. 4.)

Ein 65jähriger, seit Jahren an einer Magenerweiterung leidender Herr erkrankt in Folge eines Diätfehlers unter den Erscheinungen einer heftigen Gastritis. Um den sich daran anschließenden großen Schwächezustand zu heben, erhält er neben anderweitiger Diät Kemmerich'sches Fleischpepton — innerhalb von 8 Tagen drei Büchsen mit gutem Erfolge. Als 8 Tage nach Aufhören der Peptondarreichung mehr zufällig der Urin untersucht wird, findet sich in demselben ein sehr reichlicher Peptongehalt. **Leubuscher** (Jena).

23. **H. Amon.** Subkutane Antipyrininjektion bei akutem Gelenkrheumatismus.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 3.)

A. glaubt durch 6 Injektionen von je 0,75 Antipyrin in einem bereits 7 Wochen mit den verschiedenen modernen Heilmitteln ohne dauernden Erfolg auf Schmerzen, Schwellung und Steifigkeit der Gelenke behandelten Fall von akutem Gelenkrheumatismus Heilung erzielt zu haben. Die Injektionen wurden tief, centrifugal-peripher unmittelbar neben den Gelenken, einige Male in die Gelenkshöhle

selbst gemacht und unmittelbar danach wurde ein Kompressivverband angelegt. A. hat außerdem noch bei etwa 20 Personen solche Injektionen gemacht, einmal davon eine kleine oberflächliche Hautgangrän entstehen gesehen. Schmerzen bei der Injektion traten »nicht so« hervor. **K. Bettelheim** (Wien).

24. G. Sarda (Montpellier). **De l'antipyrine et de l'acétanilide comme médicaments nervins. Comparaison avec la solanine.**

(Bullet. génér. de thérap. 1888. Mai 30.)

Verf. hat Antipyrin, Antifebrin und Solanin vergleichsweise bei einer größeren Anzahl von Kranken verwendet und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Antipyrin ist den beiden anderen Mitteln überlegen beim akuten Gelenkrheumatismus, bei Migräne, frischen Neuralgien und paroxysmenweise auftretenden Schmerzen. Bei chronischen Rheumatismen und den blitzähnlichen Schmerzen der Tabiker wirken Antipyrin und Antifebrin etwa gleich. Bei alten Fällen von Neuralgien muss Antifebrin vorgezogen werden; eben so um motorische Erregungszustände zu bekämpfen. Solanin ist ein ausgezeichnetes Analgeticum, jedoch bei akutem Gelenkrheumatismus den beiden vorerwähnten nicht gleichwerthig. Gastrische Krisen, blitzähnliche Schmerzen kann man wirksam durch Solanin bekämpfen; auch wirkt es in ausgezeichneter Weise gegen motorische Erregungszustände, das Zittern bei multipler Sklerose, epileptoide Zuckungen u. dgl.

Leubuscher (Jena).

25. H. Müller. Über toxische Nebenwirkungen des Antipyrin.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1888. No. 22.)

In diesem vor der Gesellschaft der Ärzte in Zürich gehaltenen Vortrage gedenkt M. unter den toxischen Nebenwirkungen dieses Medikaments zunächst des Auftretens eines Exanthems, welches meist masernartig aussieht, in manchen Fällen einer nicht stark erhabenen Urticaria gleicht. Ferner werden die von Pribram bei Behandlung des Flecktyphus beobachteten Blutungen aus Darm, Nase und Bronchien erwähnt. M.'s eigene Mittheilungen behandeln die »konträre« oder »paradoxe« Wirkung des Antipyrins. Nach Wiedergabe ähnlicher bisheriger Beobachtungen von Laache, A. Fraenkel und Bernoulli beschreibt M. seine eigenen Beobachtungen an einem 10jährigen Mädchen, welches gegen akuten Gelenkrheumatismus zunächst ohne Erfolg salicylsaures Natron bekommen hatte, worauf Antipyrin 0,75 2—3mal täglich versucht wurde. Die Wirkung auf die Schmerzen und Gelenkaffektionen war sehr bald eine ganz überraschende. Aber jedes Mal trat unmittelbar nach dem Einnehmen Brechreiz auf, Schwindel und ein rasch zunehmendes Hitzegefühl im Kopfe. Wie die Messung der Körpertemperatur zeigte, erfolgte jedes Mal eine Temperatursteigerung auf die Darreichung des Antipyrins um 4,2—1,1° C. in den mehrmaligen von M. an diesem Kinde angestellten Versuchen; bei den letzten Versuchen waren die Begleiterscheinungen, Cyanose, mit so bedenklicher Neigung zu Collaps verbunden, dass weitere Versuche bei dieser Pat. unterbleiben mussten. Während nämlich das Antipyrinexanthem bei fortgesetztem Gebrauch dennoch sich vollkommen restituiren kann, scheint eine derartige Angewöhnung nicht bei den Fällen zu existiren, welche in perverser Weise mit Fieber auf dieses Mittel reagiren. Eine befriedigende Erklärung dieser »paradoxen« Wirkung zu geben, ist nach M. vorläufig noch nicht gelungen.

Für den Praktiker ist die Kenntnis solch gravirender Intoxikationsfälle in Folge der Nebenwirkungen des Antipyrins zur Vermeidung diagnostischer Irrthümer wichtig; aus demselben Grunde ist auch die nöthige Vorsicht bei der Dosirung, zumal in der Kinderpraxis, geboten. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

26. C. S. Freund. Ein Fall von Antifebrinvergiftung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 41.)

Ein Arbeiter hatte sich nach allzu reichlichem Bier- und Weingenuss aus einer Droguenhandlung »für 10 Pfennige Etwas gegen Kopfschmerzen« holen lassen und erhielt 6 g Antifebrin (unabgetheilt), mit der Weisung, die eine Hälfte zunächst

zu nehmen und bei ungenügender Wirkung die andere Hälfte zu gebrauchen. Im Laufe von 4 Stunden hatte Pat. die 6 g Antifebrin eingenommen. $1^1/_2$ Stunden nach der letzten Einnahme begab sich Pat. ins Spital, da ihn die hochgradige Cyanose beängstigte. Bei der Aufnahme ward außerdem noch eine bedeutend vermehrte Pulsfrequenz (150) konstatirt, während das Sensorium frei war und das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig ließ. Als Stimulans wurde schwarzer Kaffee, so wie stündlich 5 Tropfen Schwefeläther gegeben. Die Körpertemperatur war stets normal. Am folgenden Morgen hatte die Cyanose etwas nachgelassen, Methämoglobin war spektroskopisch im Blute nicht nachzuweisen. Erst gegen Mitte des 3. Tages war die Cyanose bis auf die letzten Spuren geschwunden.

Im Harne des Pat. wurde das Antifebrin nachgewiesen:

1) durch die »Indophenolreaktion« (Kochen mit koncentrirter Salzsäure $^1/_4$ seines Volums, dann Zusatz von einem Tropfen verflüssigter Karbolsäure und hierauf mehrere Kubikcentimeter Chlorkalklösung; es entsteht eine zwiebelrothe Färbung, welche durch Ammoniakzusatz im Überschuss in sehr schönes Blau übergeht),

2) durch die Hofmann'sche Isonitrilreaktion.

Hämoglobin oder Methämoglobin enthielt der Harn nicht. Die Menge der gepaarten Schwefelsäure überwog die präformirte.

Auch dieser Fall bestätigt die schon von Cahn und Hepp betonte relative Ungefährlichkeit des Antifebrins für den Menschen. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

27. B. Schuchardt. Absichtliche Vergiftungen beim Menschen mittels Kali chloricum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 41.)

Die bisher erfolgten Vergiftungsfälle durch chlorsaures Kali waren zufällige, entweder durch Einnahme zu großer Dosen oder durch Verwechslung mit abführenden Salzen zu Stande gekommen. Unter den drei von S. berichteten Fällen war bei zweien das genannte Salz zum Zwecke des Selbstmordes genommen worden; der erste Fall ist den Charité-Annalen 1887 entnommen, der zweite entstammt der Praxis von Kreisphysikus Dr. Sabarth in Lötzen. In diesem Falle hatte der Selbstmörder Nachmittags ungefähr 80—90 g genommen, worauf bald reichliches Erbrechen eintrat, so wie breiiger Stuhlgang. Als sich Pat. bald darauf zu Bett legte, begann eine rasch zunehmende Blaufärbung der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Gegen Abend traten so heftige Leibschmerzen ein, dass eine Morphiuminjektion nöthig wurde. In der Nacht sollen nur ein paar Tropfen sehr dunkeln, fast schwarzen Urins entleert worden sein; die Harnausscheidung stockte dann aber völlig bis zu dem 26 Stunden nach der Einnahme bei vollem Bewusstsein erfolgenden Tode.

In dem dritten Falle absichtlicher Kali chloricum-Vergiftung handelte es sich um einen Versuch zur Fruchtabtreibung bei einem im 5. Monat schwangeren Mädchen; es scheint bei diesem zu Grenoble vor den Assisen verhandelten Falle eine Verwechslung mit Kaliumsulfat vorgekommen zu sein, denn letzteres Salz wird in Frankreich und England außer bei Puerperalzuständen auch zum Abortus benutzt, während das chlorsaure Kali niemals im Rufe eines Abortivums gestanden hat; im Gegentheil hatten es Simpson u. A. gegen habituellen Abortus empfohlen. Chemisch wurde chlorsaures Kali in den Ausleerungen und spurenweise in den Nieren der Vergifteten nachgewiesen, welche vermuthlich 8—12 Stunden nach der Einnahme des Salzes gestorben war.

S. empfiehlt den Handverkauf von Kali chloricum strengstens zu verbieten; aber auch die Ärzte müssten es sich zur ganz besonderen Pflicht machen, das chlorsaure Kali nur in der entsprechenden Lösung zu verschreiben und dieselbe in der Apotheke anfertigen zu lassen, nicht das Auflösen des Mittels dem Pat. oder den Angehörigen desselben zu überlassen. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 1. Juni. 1889.

1. G. Salomon. Die physiologischen Wirkungen des Paraxanthins. (Aus dem chemischen Laboratorium des pathol. Instituts zu Berlin.)

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 1 u. 2. p. 187.)

Wie beim Xanthin, Theobromin und Kaffeïn kann man auch beim Paraxanthin eine centrale und periphere (muskuläre) Wirkung unterscheiden. Kommt die Muskelsubstanz — die Versuche sind an Rana esculenta angestellt — mit dem in einer Spur Natronlauge gelösten Paraxanthin in unmittelbare Berührung, so erstarrt sie fast sofort zu bedeutender Härte. Bei subkutaner Injektion entwickelt sich bald das Bild einer tödlichen Vergiftung, bei welchem besonders das Verhalten der Muskulatur charakteristisch ist. Die Bewegungen des vorher munteren Frosches werden langsam, krötenartig; die Vorderbeine sind von wachsartiger Konsistenz, zuweilen

holzhart. Die Reflexerregbarkeit nimmt ab. Bei kräftig pulsirendem Herzen hört jede Lebensäußerung auf. Die Athmung ist vorübergehend dyspnoisch. Die Lungen findet man bei der Obduktion häufig enorm aufgebläht. Das Gesammtbild der Paraxanthinvergiftung ist dem der Theobromin- und Xanthinwirkung sehr ähnlich. Allen dreien gemeinsam sind die trägen, kriechenden Bewegungen, späterhin das Aufhören jeder spontanen Muskelthätigkeit, die vollständige Vernichtung der Reflexerregbarkeit ohne vorhergehende Steigerung, endlich das Intaktbleiben der Herzaktion bis zu den spätesten Stadien der Vergiftung.

Bei Warmblütern war das Charakteristische die Paresen der Hinterbeine und bedeutende Steigerung der Reflexerregbarkeit bis zum Tetanus. **F. Röhmann** (Breslau).

---

2. **Th. Eckard.** Über die kompensatorische Hypertrophie und das physiologische Wachsthum der Niere.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. Hft. 2.)

Durch sorgfältige vergleichende Messung und Zählung der Gewebsbestandtheile in 8 normalen Nieren aus verschiedenen Altersklassen (1 Tag bis 48 Jahr) kommt der Verf. zu dem Resultat: 1) Mit dem Aufhören des embryonalen Wachsthums bilden sich keine Glomeruli mehr neu. Das physiologische Wachsthum der Niere in Bezug auf die Glomeruli ist also eine reine Hypertrophie. 2) Die Tubuli contorti nehmen in den allerersten Lebensjahren ziemlich bedeutend im Dickendurchmesser und wohl auch im Längsdurchmesser zu. Von dieser Zeit an ist das Wachsthum allein auf die Längendimension beschränkt. Ob dieses Wachsthum in einer Hyperplasie, oder Hypertrophie der Epithelien zu suchen ist, wagt der Verf. nicht zu entscheiden. Die Untersuchung der hypertrophischen erhaltenen Nieren in 3 interessanten Fällen von angeborenem Defekt einer Niere (welche im Original ausführlich beschrieben und durch Abbildungen illustrirt sind) ergab, dass die kompensatorische Hypertrophie einer Niere in Folge angeborenen Defektes in erster Linie durch eine Hyperplasie — eine Vermehrung — sowohl der Glomeruli wie der Harnkanälchen zu Stande kommt; dass daneben aber auch eine Hypertrophie der Malpighi'schen Körperchen und der gewundenen Kanäle stattfindet. Dagegen beruht die kompensatorische Hypertrophie einer Niere in Folge von erworbenem Defekt (3 Fälle) lediglich auf einer Hypertrophie — Größenzunahme — der die Niere zusammensetzenden Gebilde. **F. Neelsen** (Dresden).

---

3. **A. Bum.** Über den Einfluss der Massage auf die Harnsekretion. (Aus dem Laboratorium des Prof. v. Basch.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 3.)

Verf. hat den physiologischen Einfluss der Massage auf die Harnsekretion zum Gegenstand einer eingehenden Studie gemacht und

namentlich auch sich die Aufgabe gestellt, die Ursachen der quantitativ hervorgerufenen Änderungen zu ermitteln. Die Versuche wurden an curaresirten Hunden vorgenommen, denen zur Verhinderung bedeutender Blutdruckschwankungen beide Vagi durchschnitten waren; der Harn wurde aus beiden Nieren gemeinsam aufgefangen. Um Blutdruck und Respiration durch die Massage nicht zu beeinflussen, wie er durch Kompression des Thorax und Abdomens unvermeidlich ist, fand nur die Massage der Hinterbeine statt, weil diese die relativ größten Muskelmassen der unteren Körperhälfte enthalten; zwischen den einzelnen Massirungen wurden entsprechende Pausen gemacht.

Die Ergebnisse der ersten Versuchsreihe waren nun die, dass in allen Versuchen derselben die Harnsekretion in der Zeiteinheit während der Massage mehr oder minder erheblich gesteigert wurde; diese Erscheinung schien aber in keinem Zusammenhang zu stehen mit der Sekretionstüchtigkeit des Thieres überhaupt. Unter den möglichen Ursachen dieses günstigen Einflusses auf die Harnsekretion musste in erster Linie an den Blutdruck gedacht werden; aus den vergleichenden Beobachtungen ergab sich aber, dass, während der Einfluss der Massage auf die Harnsekretion ein konstanter war, dieselbe auf den Blutdruck ganz ungleichmäßig einwirkte, und dass in einigen Fällen sogar ein deutliches Sinken desselben während der Massage eintrat. Sodann suchte Verf. zu ermitteln, ob die Steigerung der Harnsekretion dadurch zu Stande käme, dass durch die Massage die in den Muskeln enthaltenen flüssigen Bestandtheile, Blut und Lymphe, in Bewegung gesetzt wurden und so in den großen Kreislauf geriethen. Zu dem Behufe wurden die Hinterextremitäten durch Ligatur der Aorta blutleer gemacht, jedoch die Wirkung der Massage hierdurch nicht beeinträchtigt, es trat vielmehr eine Steigerung der Harnsekretion im Allgemeinen, d. h. auch in den Pausen ein. Wurde aber neben der Aorta auch die Vena cava inferior ligirt, um das Heraustreten des nach Unterbindung der ersteren in den Gefäßen noch vorhandenen Blutes zu verhindern, so blieb die Massage wirkungslos, ein Beweis dafür, dass das Offenbleiben der Venen eine unerlässliche Bedingung für den Effekt der Massage darstellt. Derselbe Erfolg wurde erzielt, wenn nur die Vene unterbunden wurde, die Arterie aber offen blieb, und es ergab sich also auch hieraus die Richtigkeit der Annahme, dass die Ursache für die harnbefördernde Wirkung der Massage in dem in die offenen Venen eingetriebenen Blute zu suchen ist. Das Bedenken, dass nicht bloß das Blut, sondern auch die ausgepresste Lymphe oder vielleicht nur die letztere allein die Ursache der vermehrten Harnabsonderung bilde, ließ sich dadurch beseitigen, dass bei vorsichtiger, isolirter Unterbindung der V. cava, bei welcher die größeren Lymphgefäße frei blieben, die Massagewirkung ausblieb, dagegen bei alleiniger Unterbindung des Ductus thoracicus zur vollen Geltung kam.

Dass nun hierbei nicht die Quantität des aus den Venen in

den großen Kreislauf gelangten Blutes es ist, welche diese Wirkung hervorruft, beweisen die Versuche, in welchen der arterielle Blutzufluss abgeschnitten war; in welcher Weise dagegen die Qualität des Blutes von Einfluss ist, suchte Verf. durch Massirung von abwechselnd ruhenden, tetanisirten und ermüdeten Muskeln zu eruiren. Dabei zeigte sich, dass die Massage ermüdeter Muskeln wirksamer war, als die ausgeruhter, dass also die durch die »Ermüdungsstoffe« veränderte Qualität des Blutes besonders die harntreibende Wirkung der Massage bedingt. Um schließlich auch noch dem Einwande gerecht zu werden, dass es sich bei der Massage um nervenerregende Einflüsse handele, wurde der Splanchnicus durchschnitten, doch ergab sich dabei keine Änderung des Resultates.

Es bleiben nunmehr noch die Fragen offen, welche Muskelstoffe es sind, die harntreibend wirken, und in welcher Weise etwa die chemische Zusammensetzung des Harns durch die Massage alterirt wird.

Markwald (Gießen).

---

4. **E. Sehrwald** (Jena). Über das Verhältnis der Eiweißausscheidung zur Eiweißaufnahme bei Nephritis. (Aus dem Laboratorium der med. Klinik des Herrn Prof. Rossbach in Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 48 u. 49.)

Bei der großen Bedeutung, die gerade in neuerer Zeit die diätetische Behandlung der Nephritis gewonnen hat, bei den widersprechenden Resultaten, zu denen die einzelnen Beobachter über den Einfluss der Eiweißaufnahme auf die Eiweißausscheidung gelangt sind, bei der Ungenauigkeit, mit welcher derartige Untersuchungen vielfach nur unter einseitiger Berücksichtigung der Eiweißmenge im Harn angestellt wurden, verdienen einige Versuche des Verf., die nach dieser Richtung in exaktester Weise durchgeführt wurden, gewürdigt zu werden, da bei denselben neben dem Eiweiße auch noch der Harnstoff- und Phosphorsäuremenge Aufmerksamkeit gewidmet und dadurch ein Vergleich gewonnen wurde zwischen dem Eiweißverlust im Körper durch Eiweißzersetzung und dem Eiweißverlust durch die Albuminurie. An den Versuchstagen erhielten die Pat. früh um 9 Uhr zwei Beefsteaks und eine Semmel, während des übrigen Tages nur noch Wasser und Kaffee; der Urin wurde, wo möglich, stündlich gesondert aufgefangen, oder doch möglichst häufig entleert, die Zeit der Entleerung genau notirt und dann die Menge, das spec. Gewicht, der Eiweißgehalt, der Procentgehalt und die Gewichtsmenge der Phosphorsäure und des Harnstoffes bestimmt. Die gefundenen Zahlen sind in übersichtlicher Weise in Kurven zusammengestellt.

Verf. fasst das Ergebnis seiner Versuche in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Wasserausscheidung durch die Niere ist in weiten Gren-

sen unabhängig von der Wasseraufnahme und somit von ganz anderen Momenten, als von dieser bedingt.

2) Je stärker das Glomerulusepithel sekretorisch noch arbeiten muss, um so durchlässiger wird es für Eiweiß, um so mehr nähert es sich also in seinem Verhalten gegen das Eiweiß dem einer todten Membran.

3) Noch nachtheiliger als starke Arbeit wirkt schlechte Ernährung auf das Epithel. Ungenügende Eiweißzufuhr steigert daher die Albuminurie.

4) Die Eiweißausscheidung läuft völlig parallel der des Wassers und der Salze, ist aber unabhängig von der des Harnstoffes.

5) Die Temperatur wirkt in so fern steigernd auf den Eiweißverlust ein, als sie den Stoffwechsel erhöht.

6) Bei reiner Glomerulonephritis muss sich bei gleichbleibender Harnstoffausscheidung der Harnstoffgehalt des Blutes auf einen höheren Werth einstellen.

7) Als Diät bei bloßer Erkrankung der Glomeruli empfiehlt sich mäßige Eiweißzufuhr neben reichlichen Kohlehydraten und Fetten. Bei Erkrankung der Stäbchenepithelien möglichste Verminderung von eiweißhaltiger Nahrung.

8) Als Klima würde ein solches mit trockener, warmer Luft und möglichst geringen und seltenen Temperaturschwankungen den Vorzug verdienen.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

5. Netter. De la pleurésie purulente métapneumonique et de la pleurésie purulente pneumococique primitive.

(Bullet. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux de Paris 1889. 3e Serie. Sixième année.)

Auf Grund umfassender Litteraturkenntnis und zahlreicher eigener klinischer und bakteriologischer Untersuchungen zeichnet N. das Bild der durch den Fraenkel'schen Pneumoniecoccus verursachten eitrigen Pleuritis. Dieselbe hat gewisse charakteristische Eigenthümlichkeiten, mag sie im Zusammenhang mit einer Pneumonie oder primär auftreten.

Was die erstere, die metapneumonische Form betrifft, so ist die eitrige Umwandlung eines größeren Exsudates bei Pneumonie ein gewöhnliches und schon früh eintretendes Vorkommnis. Die Pneumonie hatte in den Fällen von eitriger Pleuritis meist lytisch geendigt und es schloss sich dem Temperaturabfall bald eine neue fieberhafte Steigerung an. Das metapneumonische Empyem kommt bei Weitem am häufigsten vor dem 40. Jahre zur Beobachtung, es tritt nicht selten gehäuft auf und deutet dann auf eine besondere Schwere der pneumonischen Infektion in der jeweiligen Epidemie, wie an den Daten einer Pariser Epidemie überzeugend nachgewiesen wird. Pathologisch-anatomisch ist es durch die Neigung zu Absackung und Verklebung ausgezeichnet, durch besonderen Reichthum des Eiters an Eiterkörperchen und Fibrin, klinisch durch die Abwesenheit von

intermittirendem Fieber mit Schüttelfrösten, durch die Seltenheit eines Ödems der Brustwandung, hingegen sehr häufigen Durchbruch in die Lunge (in 26,2% der gesammelten Fälle, während ein Empyema necessitatis nur in 5,7% der Fälle eintrat). Die operative Behandlung des metapneumonischen Empyems steht mit einer Mortalität von nur 2,3% einer Mortalität von 25% bei Empyemen anderer Ursache gegenüber.

Die Eigenthümlichkeiten des metapneumonischen Empyems sind bedingt durch die biologischen Eigenschaften des Pneumoniecoccus, der in ihnen — falls nicht besondere Komplikationen bestehen (Lungenabscess u. dgl.) — in Reinkultur vorhanden ist. Seine Benignität entspricht der Kurzlebigkeit des Pneumoniecoccus — eine Ansicht, die auch schon Fraenkel (in den Charité-Annalen 1888) aussprach. Der Pneumoniecoccus bleibt zwar in den Exsudaten der serösen Häute länger als in der Lunge, doch immerhin nur beschränkte Zeit aktiv. (Ref. fand übrigens in einem metapneumonischen Exsudat den Pneumoniecoccus noch 57 Tage nach Beginn der Pneumonie, wenn gleich nur in geringen Mengen, so doch noch mit für Mäuse pathogenen Eigenschaften.) Dem entsprechend kommt bei dieser Form des Empyems Spontanheilung durch Resorption vor; natürlich kann N. nicht rathen mit der Möglichkeit einer Resorption oder eines Durchbruchs in die Lunge bei der Therapie zu rechnen; doch glaubt er, dass man gewöhnlich ohne Radikaloperation auskommen könne. Er selbst beobachtete 4 Fälle (bei Erwachsenen), welche nach ein- bis höchstens dreimaliger Punktion heilten, und hat aus der Litteratur 32 entsprechende Beobachtungen gesammelt, abgesehen von 15 weiteren Fällen, in denen mit der Punktion eine Ausspülung der Pleura kombinirt wurde. Es wird sich also Prognose und Therapie nach dem bakteriologischen Ergebnis der Eiteruntersuchung richten müssen.

Die primäre durch den Pneumoniecoccus verursachte eitrige Pleuritis, von der nur wenige reine Fälle bisher beobachtet sind, bietet im Wesentlichen dieselben Charaktere wie die sekundäre (immer vorausgesetzt, dass nur eine Infektion mit dem Pneumoniecoccus und nicht gleichzeitig mit Eiterbakterien stattgefunden hat).

Während bei Erwachsenen nur ein Viertel der Fälle durch Infektion mit dem Pneumoniecoccus bedingt wird, ist derselbe in der Mehrzahl der Empyeme des Kindesalters als Ursache nachweisbar, was die bekannte Benignität der letzteren gut erklärt; unter 9 Fällen, welche N. untersuchte, waren 6 durch den Peumoniecoccus, 2 durch den Streptococcus verursacht, bei einem wurden keine Mikrobien gefunden.

H. Neumann (Berlin).

---

6. F. Frühwald. Über Stomatitis ulcerosa.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIX. Hft. 2.)

Nachdem Verf. das klinische Bild der Stomatitis ulcerosa, Stomacace, präcisirt und die bekannten ätiologischen und prädisponi-

renden Momente derselben hervorgehoben hat, auch die für die Behandlung wichtigen, besonders als Mundwässer gebräuchlichen desinficirenden Mittel aufgezählt hat, verfolgt er den Gedanken weiter, dass es sich bei der Stomatitis ulcerosa um eine bakterielle Infektion handeln könne. Er untersuchte daher die Sekrete der Mundschleimhaut in 11 Fällen von Stomatitis ulcerosa in der Weise, dass er von den geschwürigen Stellen und pulpösen Massen der Schleimhaut eine kleine Menge direkt auf Gelatine- und Bouillonnährböden überimpfte und davon Plattenkulturen anfertigte. Unter den zahlreich entstehenden Kolonien fiel besonders eine Stäbchenform auf, welche in Reinkulturen einen fötiden Geruch verbreitete, ähnlich dem Geruch bei der Stomacace. Die Bacillen zeigen deutliche Stäbchenform und sind meist zu zweien oder in Haufen vereinigt. Sie färben sich mit allen Anilinfarben leicht und rasch. Die Kolonien gediehen bei gewöhnlicher Zimmertemperatur auf Gelatine, Agar, Blutserum und Kartoffel schnell und haben ein Oberflächenwachsthum. Beim Thierexperiment verhielt sich die Bakterienart äußerst pathogen; Impfungen auf die Mundschleimhaut von Kaninchen blieben resultatlos. Verf. nimmt an, dass der Bacillus in der verletzten und krankhaft veränderten Mundschleimhaut einen günstigen Nährboden für seine Weiterentwicklung findet oder auch, dass die fäulniserregende Wirkung des Bacillus in der Mundhöhle eine Entzündung der Schleimhaut mit ihren Folgen bewirkt.

Rockwitz (Straßburg i/E.).

---

7. R. Hirsch. Über die rheumatische Pneumonie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 52.)

Verf. ist nach Erfahrungen der Würzburger Klinik der Ansicht, dass beim akuten Gelenkrheumatismus Erkrankungen der Lungen gar nicht so selten sind, wie man annimmt, sondern dass bei schweren Rheumatismen häufig pneumonische Verdichtungen hauptsächlich in den Unterlappen vorkommen, aber übersehen werden. Den Grund hierfür erblickt er in der Natur des die Polyarthritis rheumatica erzeugenden Mikrobium, welches eben so, wie es von einem Gelenk zum anderen überspringt, auch im Stande ist, die Lungen »flüchtig zu streifen«, so dass es nur zu blutiger Anschoppung kommt, die rasch wieder verschwindet. Als Beweis seiner Ansicht führt er einen selbst beobachteten Fall an, in welchem ein junger Mann unter Erscheinungen einer Pneumonie des rechten Unterlappens erkrankte, welche am folgenden Tage aber wieder geschwunden waren, während sich nun ein fast sämmtliche Gelenke des Körpers der Reihe nach befallender polyarticulärer Gelenkrheumatismus entwickelte. Verf. weist die Annahme einer Mischinfektion im vorliegenden Falle von der Hand und ist der Meinung, dass die Lungen als die Eingangspforten der rheumatischen Infektion zu betrachten sind. Eine vorher schon bestehende Infiltration der rechten Lungenspitze ist er geneigt, als Grund der primären Lokalisation

des Virus in derselben Lunge anzusehen nach Analogie solcher Fälle von Gelenkrheumatismus, wo die Erkrankung von Gelenken, die vorher ein Trauma erlitten hatten, ihren Ausgangspunkt nimmt.

Markwald (Gießen).

---

8. v. Soffella (Wien). Ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom bei Pericarditis.

(Internat. klin. Rundschau 1889. No. 5.)

Analog dem von Oppolzer hervorgehobenen, nach v. S. werthvollsten differential-diagnostischen Momente bei der Entscheidung zwischen endo- und pericardialem Geräusche — nämlich dem Intensitätswechsel des Reibegeräusches bei Lagewechsel des Kranken — kann es, wie v. S. in 3 Fällen gefunden hat, bei Pericarditis auch zu einer bei der Differentialdiagnose zwischen Pericarditis und Lungeninfiltration oberhalb des Herzens verwerthbaren Änderung in den Perkussionsverhältnissen kommen. In Fällen, wo bei liegender Stellung des Kranken der Nachweis eines Pericardialergusses durch Dämpfung des Perkussionsschalles an und oberhalb der Herzbasis gelingt, tritt, sobald man den Kranken die sitzende Stellung einnehmen lässt, in Folge des Wechsels in dem Drucke des Exsudates auf die Lunge an die Stelle des gedämpften und leeren Schalles sofort ein mehr oder minder heller, voller Schall.

K. Bettelheim (Wien).

---

9. M. Benedikt. Über Spätsymptome traumatischer Neurosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 52.)

Bekanntlich treten bei Neurosen in Folge von Shock (z. B. durch einen Eisenbahnzusammenstoß) wichtige Krankheitserscheinungen erst allmählich auf. Es giebt Fälle, bei denen z. B. zwischen der anfänglichen Gehirnneurasthenie und den dem Kranken auffallenden Gesichtsfeldbeschränkungen wenigstens scheinbar 2—3 Jahre verlaufen. Auffallend ist bei manchen dieser Fälle — zwei solche hat B. beobachtet —, dass zuerst eine Einschränkung für die Farben und erst später für Weiß auftritt und noch später ein positiver Spiegelbefund.

Ein Postbeamter, 39 Jahre alt, der bei einem Eisenbahnzusammenstoß betheiligt war, hatte Anfangs so geringe Beschwerden, dass er allein nach Hause gehen und nach 3 Tagen wieder eine Dienstfahrt machen konnte. Erst allmählich traten schwere Erscheinungen auf und nach 16 Monaten bot der Kranke Erscheinungen einer Periencephalitis diffusa, einer Hemiplegia sinistra und eines halbseitigen Schüttelkrampfes, ferner einer Paraplegie und einer bilateralen und hemilateralen Ataxie. Galvanisation und seitweilig Arg. nitr. und Jodkali besserten den Zustand erheblich.

Das nachträgliche Auftreten von Symptomen innerhalb des Centralnervensystems erklärt B. folgendermaßen: »Durch den Stoß wird den einzelnen Theilen eine ungleiche Geschwindigkeit ertheilt und es ist klar, dass das relativ lockere Bindegewebe dabei leicht von

den Theilen, an denen es adhärirt, losgerissen wird. Dadurch entstehen Läsionen des Bindegewebes und Störungen des Saftstromes. Es wird zunächst das Bindegewebe degenerirt und sekundär das Nervengewebe und die feineren Gefäße.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

---

10. M. Hajek. Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 1, 3—5.)

Verf. studirt die genannte Erkrankung erst seit kurzer Zeit eingehender, ist aber schon zur Überzeugung gelangt, dass die Krankheit keineswegs so selten ist, wie man nach der Darstellung der einschlägigen Litteratur glauben könnte, dass man in zweifelhaften Fällen mit Hilfe der histologischen und bakteriologischen Untersuchung sehr oft die Diagnose eines tuberkulösen Processes sichern kann, wo bei Unterlassung dieses Behelfes und in Ermangelung auffälliger Lungensymptome die Ulceration der Nasenschleimhaut auf Lues hereditaria zurückgeführt würde. Verf. hat dies u. A. bei drei Kindern erfahren und verweist auf ähnliche Beobachtungen von Volkmann und Demme.

Ein 30jähriger Mann, der auf die Abtheilung des Reg.-Rath Prof. Schnitzler an der allgemeinen Poliklinik kam, zeigte rechterseits am knorpeligen Theil des Nasenseptums, der Mitte der unteren Muschel entsprechend, ein Geschwür von ½ cm Durchmesser mit aufgeworfenen Rändern, und im Nasenrachenraum, dem weichen Gaumen aufsitzend, einen haselnussgroßen Tumor von mäßig derber Konsistenz, der den größten Theil der Choane verdeckte. Nase, Rachen und Kehlkopf sonst frei von pathologischen Veränderungen oder deren Residuen. In der rechten Lungenspitze spärliches Rasseln, geringer Auswurf ohne Tuberkelbacillen. Das Geschwür vergrößerte sich trotz antiluetischer Behandlung, eine exstirpirte Granulationsmasse vom Rande desselben zeigte nur mit zahlreichen Rundzellen infiltrirtes Gewebe, keine Tuberkel, noch Bacillen, eben so wenig das Geschwürssekret. Dagegen ergab die histologische Untersuchung des erwähnten Tumors nach dessen Entfernung ein charakteristisches Granulationsgewebe mit Riesenzellen und Tuberkelbacillen an den exulcerirten Partien. Die hierauf gegründete Muthmaßung, dass das Geschwür doch auch tuberkulöser Natur sei, bestätigte sich alsbald bei neuerlicher mikroskopischer Untersuchung der tieferen Partien excidirter Granulationen. Nach erfolgreicher Behandlung mit 5%iger Milchsäure schossen nach einiger Zeit auf der entgegengesetzten linken unteren Muschel Gruppen miliarer Knötchen auf, die sich bei der Untersuchung als Tuberkelknötchen erwiesen; gleichzeitig und in der Folge entstanden daselbst neuerliche Ulcerationen, die der Therapie zum Trotz sich immer mehr ausbreiteten. In den Lungenspitzen war später beiderseits Rasseln und im Sputum waren Tuberkelbacillen nachzuweisen. Verf. hat den Kranken am 14. December 1888 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vorgestellt.

Im Verlauf der weiteren Ausführungen betont er, anknüpfend an den besprochenen Fall, die Wichtigkeit der wiederholten und eingehenden Untersuchung sowohl auf Tuberkelbacillen als auch auf die histologischen charakteristischen Formelemente der tuberkulösen Granulationsgeschwulst, wobei er insbesondere die tieferen Schichten excidirter Granulationen der Beachtung empfiehlt, aber auch vor Verwechselung der Tuberkel mit den von Weichselbaum nachgewiesenen Lymphknötchen warnt. Bei der Besprechung der Er-

kennung und Unterscheidung dieses Processes von ähnlichen Erkrankungen weist er u. A. auf jene Form hin, welche gewöhnlich mit der Diagnose »Ozaena syphilitica« abgethan zu werden pflegt. Von 8 solchen Fällen erwiesen sich 2, deren Geschichte Verf. mittheilt, nach genauerer Untersuchung als tuberkulös.

Anschließend bespricht Verf. das Verhältnis zwischen Lupus und Tuberkulose der Nasenschleimhaut, welche Krankheiten jetzt nach Feststellung der ätiologischen Identität nur noch als klinisch verschiedene Formen gelten können, hält aber Bresgen gegenüber an der Thatsache fest, »dass es auch klinisch ganz reine Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut mit Bildung von Granulationsgeschwülsten giebt«. Ob die Tuberkulose der Nasenschleimhaut sekundär sei oder auch primär sein könne, lasse sich noch nicht entscheiden. Nach Besprechung der Therapie hebt Verf. hervor, dass die bis nun wenig zufriedenstellenden Erfolge derselben zukünftig sich besser gestalten dürften, wenn durch eingehende histologische und bakteriologische Untersuchung eine frühzeitige Erkenntnis der Natur des vorliegenden Processes ermöglicht sein werde.

Schiff (Wien).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **G. Tizzoni et Mlle. Giuseppina Cattani.** Recherches sur le Choléra asiatique. Travail du laboratoire de pathologie générale de Bologna.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. III. Hft. 2.)

Die Autoren haben in ihrer interessanten Arbeit die Kenntnis der Cholera in einigen wichtigen Punkten bereichert. Das denselben zu Grunde liegende Material stammte aus der Epidemie von 1886, welche auch Bologna befiel. In 24 Fällen menschlicher Cholera, die zum Tode führten, konnten die Verf. das konstante Vorkommen der Kommabacillen bestätigen, eben so bei 30 Untersuchungen der Dejektionen von Cholerakranken. Wenn die direkte mikroskopische Untersuchung und die direkte Plattenkultur im Stich lässt, gelingt der Nachweis der Kommabacillen doch dadurch, dass man nach dem Vorschlag von Schottelius zunächst auf Bouillon impft und dann nach Ablauf von 12—24 Stunden das auf der Flüssigkeit schwimmende Pilzhäutchen zur Plattenkultur verwendet. In einem Falle, der sehr frühzeitig zur Beobachtung kam, konnten durch diese Methode schon in den »prämonitorischen«, diarrhöischen Stühlen Kommabacillen nachgewiesen werden. Ein Einfluss von Medikamenten (Kalomel, Thymol, Chinin etc.) auf den Bacillengehalt des Darmes konnte nicht festgestellt werden. Der Nachweis im Mageninhalt gelang 3mal unter 5 Untersuchungen, in der Galle 2mal bei 3 Untersuchungen.

Unter den pathologisch-anatomischen Befunden der Autoren ist der wichtigste der Gehirnbefund. In zwei Fällen zeigte sich die Pia in hohem Grade ödematös. Die Flüssigkeit enthielt Kommabacillen, welche durch direkte Untersuchung und durch Kultur nachgewiesen wurden. Der Transport der Bacillen aus dem Darm in die Cerebrospinalflüssigkeit kann natürlich nur durch Vermittlung des cirkulirenden Blutes erfolgt sein. Untersuchungen des Blutes von Cholerakranken (2 Fälle) ergaben ein negatives Resultat, dagegen wurden im Blut und in den serösen Höhlen, so wie im Darminhalt eines im 5. Monat der Schwangerschaft von einer Cholerakranken geborenen Fötus durch Kultur typische Cholerabacillen nachgewiesen. Von den pathologisch-anatomischen Beobachtungen der Autoren am Leichenmaterial sei nur die erwähnt, dass neben der Verfettung auch eine hyaline Degeneration der Leber-

zellen während der Cholera auftritt, und zwar nach Ansicht der Verff. durch die Cirkulationsstörung bedingt, analog der schon von anderen beschriebenen Coagulationsnekrosen der Epithelien in den gewundenen Harnkanälchen. Unter den Kulturversuchen verdient namentlich der Nachweis einer raschen Vermehrungsfähigkeit der Cholerabacillen auf und in verschiedenen rohen Früchten der Erwähnung.

Über die Thierversuche der Verff. kann hier nicht eingehend referirt werden. Ohne Vorbereitung der Versuchsthiere (durch Opiuminjektion in die Bauchhöhle) erhielten sie nur negative Resultate, nach einer vorhergehenden Opiuminjektion dagegen, sowohl bei der Einführung des Giftes vom Magen aus, wie auch vom subkutanen Zellgewebe aus, oder bei direkter Injektion in die Blutbahn eine tödliche Infektion. **F. Neelsen** (Dresden).

12. Runeberg. Pneumonie und cerebrospinale Meningitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 46 u. 47.)

Ein Fall von einer mit Meningitis cerebrosp. komplicirten krupösen Pneumonie, welche ziemlich schnell zur vollständigen Heilung verlief und die Beobachtungen, welche R. gelegentlich einer kleinen Epidemie von cerebrospinaler Meningitis machen konnte, welche während der Jahre 1885/86 und Anfang des Jahres 1887 in der Stadt Helsingfors und deren nächsten Umgebung auftrat, geben Veranlassung zu Betrachtungen über die Beziehungen der krupösen Pneumonie zur Meningitis cerebrospinalis.

In dem mitgetheilten Krankheitsfall, der einen Erwachsenen (Maurergehilfe) betraf, handelte es sich ohne Zweifel um eine gleichzeitig verlaufende Pneumonie und Meningitis cerebrospinalis, die wahrscheinlich beide beinahe gleichzeitig zum Ausbruch kamen, nachdem ein durch Symptome von Bronchitis und Angina charakterisirtes Prodromalstadium vorausgegangen war. Der gleichartige Charakter und der Verlauf der Lungen- und der meningealen Affektionen ergeben sich aus der Krankengeschichte und besonders beachtenswerth ist deren gleichartiges Verhalten nach dem Eintritt der Krise. Mit dieser nehmen sowohl die Allgemeinsymptome von Seiten der Respirationsorgane als von Seiten der Meningen ab, während die lokalen Erscheinungen von beiden Seiten Anfangs fast unverändert bestehen blieben. Dadurch gewinnt man den Eindruck, dass es sich nicht um zwei durch verschiedene Krankheitserreger erzeugte Infektionskrankheiten handelte, sondern dass beide Krankheiten durch dasselbe krankheitserregende Gift hervorgerufen seien.

Ein zweiter mitgetheilter Fall wird in der Weise aufgefasst, dass es sich bei ihm um eine Lokalisation des Pneumoniegiftes in den Meningen ohne Lungenlokalisation gehandelt habe. Für diese Auffassung sprach der Verlauf der Erkrankung und die ungewöhnlich schnelle Konvalescenz nach schweren Meningealsymptomen.

Die oben genannte Epidemie von Meningitis cerebrospinalis machte weniger den Eindruck einer eigentlichen Epidemie als den einer Anhäufung sporadischer Fälle, in denen es sich möglicherweise um eine Pneumococcusinfektion handelte.

Seifert (Würzburg).

13. Waibel (Dillingen). Lungentuberkulose durch Gesichtserysipel geheilt.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 48.)

Verf. theilt einen sehr interessanten Fall mit, in welchem eine schon weit entwickelte Lungentuberkulose (der Nachweis von Tuberkelbacillen fehlt leider) durch ein hinzugekommenes Gesichtserysipel plötzlich zum Stillstand gebracht und dem schon aufgegebenen Pat. volle Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gegeben wurde.

Der Fall betrifft einen 33jährigen Mann, der früher stets gesund, hereditär belastet und Potator, im Jahre 1882 eine akute Nephritis überstand und seit dem Oktober 1887 über Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Hitze und Schweiß, Husten und blutigen Auswurf, Heiserkeit und Athembeschwerden klagte und dabei beständig abmagerte. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus Ende December 1887 fanden

sich bei dem in seiner Ernährung sehr heruntergekommenen Pat. die deutlichen Erscheinungen eines rechtsseitigen Spitzeninfiltrates und im Hinblick auf die übrigen Symptome wurde die Diagnose auf beginnende Lungenphthise gestellt; das Allgemeinbefinden wurde stetig schlechter, Pat. fieberte beständig, magerte sehr ab, die Lungenerscheinungen nahmen zu und auch auf der linken Thoraxseite trat Dämpfung und unbestimmtes Athmen auf, so dass die Prognose sehr ungünstig gestellt werden musste. Da bekam Pat. plötzlich ein Gesichtserysipel, das unter excessiven Temperaturen, Kopfschmerzen und Delirien verlief und nach 8tägiger Tour um den ganzen Kopf herum sein Ende fand. 2 Tage nach dem überstandenen Erysipel änderte sich wie mit einem Schlage das ganze Krankheitsbild: Pat. blieb fieberfrei, hustete nicht mehr, bekam großen Appetit, regelmäßigen Stuhlgang, die Kräfte nahmen zu, Pat. schlief sehr gut und war nach $^1/_4$ Jahr wieder vollständig arbeitsfähig. Im Oktober 1888 fand Verf. den Pat. gut genährt und gesund aussehend und außer einer leichten Dämpfung und etwas unbestimmtem Athmen objektiv nichts mehr nachweisbar. **Goldschmidt** (Nürnberg).

14. S. Askanazy. Tuberkulöse Lymphome unter dem Bild febriler Leukämie verlaufend. (Aus dem pathologischen Institut zu Königsberg i/Pr.)

(Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. III. Hft. 4. p. 411.)

Ein Fall isolirter Tuberkulose der Supraclavicular-, Tracheal-, Bronchial- und Mesenterialdrüsen, bei Intaktheit der Lungen und des Darmes. Die Kranke hatte während des 19tägigen Aufenthaltes in der Klinik kontinuirliches Fieber. (Es erscheint danach kaum berechtigt, wenn der Verf. seinen Fall dem von Ebstein als chronisches Rückfallsfieber beschriebenen vergleicht. Ref.)

F. Neelsen (Dresden).

15. Helene Podwissotzky. Zur Kasuistik der mit Bothriocephalus latus in Verbindung stehenden Form der progressiven perniciösen Anämie.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIX. Hft. 2.)

Die Verf. wendet sich zunächst gegen die Auffassung verschiedener Autoren (Immermann, Biermer, Holst), dass man nicht berechtigt sei, eine Anämie, welche durch Eingeweidewürmer veranlasst ist, als echte progressive perniciöse Anämie zu betrachten. Nachdem sie alsdann noch im Einzelnen nachgewiesen hat, dass auch die Blutuntersuchung keinen positiven Beweis für die Diagnose der echten perniciösen Anämie zu erbringen im Stande ist, geht sie zur genauen Beschreibung eines Falles von perniciöser Anämie über, die sich bei einem Kind von 14 Jahren entwickelt hatte. Es handelte sich um ein schlecht ernährtes, überaus anämisches Individuum, bei dem sich zugleich in den Fäces Bothriocephaluseier nachweisen ließen. Es wurde ein Anthelminticum verordnet und das Kind in kurzer Zeit geheilt. Das Blut, welches Anfangs alle charakteristischen Veränderungen der perniciösen Anämie gezeigt hatte, wurde wieder normal: Das Verhältnis der farblosen zu den rothen Blutzellen stieg allmählich von 1 : 186 auf 1 : 491 und das Körpergewicht nahm von 28,6 bis 32,3 zu. Aus der Litteratur werden außerdem 8 Fälle von progressiver Anämie bei Kindern angeführt. Die Verf. hält den Zusammenhang der perniciösen Anämie mit der Anwesenheit von Parasiten im Darm für sehr wahrscheinlich, gesteht aber zu, dass der Kausalnexus keineswegs ein sicherer ist, zumal das Abgehen des Wurmes nicht konstatirt wurde.

Rockwitz (Straßburg i/E.).

16. Laquer (Frankfurt a/M.). Über eine Choreaepidemie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 51.)

Im Sommer 1887 herrschte in der Mädchenschule zu Schwanheim bei Höchst a/M. eine kleine Choreaepidemie, von der etwa 16 Kinder befallen wurden, die vorher stets gesund, zumeist nicht belastet und auch in ihrem Allgemeinbefinden nicht gestört waren. Die erste Pat. hatte früher einmal an Chorea gelitten und bekam

während des Unterrichts einen Rückfall, als sie von der Lehrerin bestraft werden sollte. Darauf folgten die übrigen Fälle und meist brachen die ersten Anzeichen der Erkrankung während der Unterrichtsstunden aus, im Anschluss an Angst, Scham und andere Erregungen. Die Epidemie erstreckte sich über einen Zeitraum von 1½ Jahren. Die Sensibilität war nicht gestört, Psyche und Hirnnerven waren vollständig frei; die Symptome selbst waren nicht die gewöhnlichen typischen Symptome der Chorea, sondern es bestanden vielmehr regelmäßige halbseitige Zitterbewegungen der Arme, klonische Muskelzuckungen im Gesicht, so wie Hemiparesen der oberen und unteren Extremitäten ohne Hemianästhesie, offenbar hysterischen Charakters. In einem Falle bestand echte Hysteroepilepsie. Es dürfte deshalb die in der Schwanheimer Schule aufgetretene Gruppe von Erkrankungen nicht als eine »Veitstanzepidemie«, sondern vielmehr als ein epidemisches Auftreten hysterischer Affektionen anzusehen sein, für welche die Bezeichnung »Emotionsneurosen« (Berger) die passendste wäre. **Goldschmidt** (Nürnberg).

17. **Nothnagel.** Ein Fall von komplicirter cerebraler Erkrankung.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 49. p. 1549 ff.)

Ein 29 Jahre alter Mann erkrankte nach seiner Angabe etwa 4 Monate vor der N.'schen Beschreibung an einer Sehstörung, die 1 Monat später zu Doppeltsehen führte, welches bald schwand, dagegen traten Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte auf, die Zunge wurde schwer beweglich, das Sprechen ging schwer, häufiges Sausen im rechten Ohr, Schwindelgefühl wenn Pat. herum ging; Kopfschmerz hat nie bestanden. Die Untersuchung ergiebt: Nervus olfactorius intakt; der Abducens und Oculomotorius fungiren beiderseits nicht, der Levator palpebrae superioris agirt träge. Der N. trigeminus verhält sich eigenthümlich. Während rechts die Kaumuskeln gut beim Beißen wirken, besteht links eine Parese der Portio minor trigemini, dazu stellt sich heraus, dass rechts die Portio major afficirt ist, links nicht. Weiterhin ist anzuführen eine komplete Lähmung des linksseitigen Facialis. Die Untersuchung des Acusticus, welcher nicht gelähmt zu sein scheint, ist durch eine eitrige Mittelohrentzündung mit Perforation des Trommelfelles erschwert. Der Glossopharyngeus ist deutlich gestört, eben so wie die Funktion des Vagus (dauernde Pulserhöhung 110—120). Recurrens und Hypoglossus sind normal in ihrem Verhalten. Die groben Bewegungen der Extremitäten sind frei, doch wird das rechte Bein etwas schwerfälliger gehoben, schon ein geringer Widerstand macht das Erheben unmöglich; eben so ist die rechte Hand schwächer als die linke; rechts zeigt das Dynamometer 20, links 24 Kilo. Auch ist die Sensibilität der ganzen rechten Seite herabgesetzt, einschließlich der rechten Gesichtshälfte, woselbst Pat. ein Gefühl von Brennen empfindet und leichte Hyperästhesie konstatirt wird. Der Patellarreflex ist beiderseits gleichmäßig bedeutend gesteigert; eine Andeutung des Romberg'schen Symptoms ist vorhanden, der Muskelsinn der unteren Extremitäten ist nicht gestört. Der gelähmte Facialis zeigt eine schwache Entartungsreaktion. Eine bestimmte Diagnosis auszusprechen hält N. mit Recht für diesen Fall unmöglich, in höchst interessanter Weise führt er aus, was für und gegen eine Läsion an der Basis, oder nucleare Erkrankung, oder Meningitis chronica sclerotica indurativa an der Gehirnbasis, Kombination von Erkrankung verschiedener Nervenkerne und anderer Systeme spricht. Die Litteratur weist bis jetzt keinen diesem Krankheitsbilde analogen Bericht auf, einen ziemlich ähnlichen Fall (Ophthalmoplegia externa, Steigerung der Patellarreflexe, ausgesprochene ataktische Erscheinungen) hat Schultze (Bonn) beschrieben. **Prior** (Bonn).

18. **Desnos, Pinard et Joffroy.** Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles.

(Union méd. 1889. No. 12 u. 14.)

Eine Frau hatte seit dem Ende ihrer zweiten Schwangerschaft, welche bei der Entbindung mit starker Blutung einherging, an Alopecie gelitten. Bei jeder

Menstruation trat erhebliche Blutung von der Zeit an ein, Pat. war sehr anämisch. Etwa 3 Jahre später bei Beginn der dritten Gravidität stellten sich Schmerzen im Leibe und Magengegend und unstillbares Erbrechen ein. Im 4. Schwangerschaftsmonat trat Unbeweglichkeit der Beine zugleich mit Muskelschwund an denselben ein. Sensibilität der Haut überall erhalten; Reflexe erloschen; Jucken und Brennen. Faradische Erregbarkeit verschwunden. Einige Tage später zeigte sich derselbe Zustand an den oberen Extremitäten, besonders den Vorderarmen. Funktion von Blase und Mastdarm normal, kein Decubitus, Temperatur subnormal (wegen der Inanition), Abnahme des Gedächtnisses. Es wurde nun die künstliche Frühgeburt eingeleitet, deren Verlauf ein befriedigender war. Von diesem Zeitpunkt an besserte sich der Zustand. Durch Aufnahme geeigneter Nahrung mehrten sich die Körperkräfte, die Atrophie der Muskeln bestand noch. Die Erregbarkeit gegen den galvanischen Strom war beträchtlich herabgesetzt. Die Pat. brachte nun mehrere Monate auf dem Lande zu, wo der Allgemeinzustand sich immer mehr hob, auch die Lähmung in den Armen sich besserte, so dass die Kranke allein essen und nähen konnte. Nach der Rückkehr der Pat. nach Paris wurde mit Elektrisiren der Extremitäten begonnen (42 Elemente für die unteren, 32 für die oberen). In den nächsten 3 Monaten wurde langsame, aber stetige Besserung, auch in der Bewegung der Beine konstatirt. Nun wurden tägliche feuchte Einpackungen vorgenommen und nach weiteren 6 Monaten konnte Pat. bereits eine halbe Stunde auf den Arm eines Begleiters gestützt gehen. Das Gedächtnis ist zurückgekehrt, die Alopecie geschwunden, der Körper zeigt an Stelle der skelettartigen Magerkeit mäßige Fülle der Glieder. **G. Meyer** (Berlin).

19. **Max Bierfreund.** Beitrag zur hereditären Syphilis des Centralnervensystems. (Aus dem pathologischen Institut zu Königsberg.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. III. Hft. 4. p. 387.)

Bei einem 4jährigen, hereditär syphilitischen Kinde, welches im 2. Lebensjahre an vorübergehender Lähmung der linken Seite gelitten hatte, trat im September 1887 aufs Neue linksseitige Lähmung mit Bewusstlosigkeit ein. Allmählich stellte sich eine Kontraktur des linken Armes ein und später auch Lähmung und Atrophie der Beine. Die Pat. starb, ohne dass der Zustand sich wesentlich geändert hatte, nach $2^1/_2$ Monaten an Diphtherie. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab in den Arterien der Basis fibröse Endarteritis neben kleinzelliger Infiltration, oder fibröser Gewebswucherung in der Adventitia. Außerdem chronisch entzündliche Zellinfiltration der Pia mater und eine rechts ältere, links frischere Erweichung der weißen Substanz des Großhirns. Endlich noch Degeneration der Pyramidenvorder- und -Seitenstrangbahnen. Der Verf. lässt es unentschieden, ob die Degenerationen im Gehirn als direkte Äußerungen der Syphilis, oder als sekundäre Folgezustände der Arterienerkrankung anzusehen seien, macht aber auf die Ähnlichkeit der klinischen Symptome mit denen der cerebralen Kinderlähmung aufmerksam und betont, dass man auf Grund seines Falles vielleicht der hereditären Syphilis eine Rolle in der Ätiologie dieser Krankheit vindiciren könnte.

F. Neelsen (Dresden).

20. **E. Finger** (Wien). Über Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen.

(Wiener med. Presse 1888. No. 48 u. 49.)

Die Injektionen wurden, wöchentlich einmal in die Glutaei, ca. 10 cm von hinten und oben vom Trochanter major gemacht. Abscesse traten unter 39 Fällen keinmal auf. Verwendung fanden die Wassersuspension (5,0 Kalomel, Aq. dest. 50,0, Natr. chloral., Mucilag. gummi arab. āā 2,5) und die Ölsuspension des Kalomel (Kalomel 5,0, Ol. olivar. 50,0). Jedes Mal wurde 1 ccm = 0,1 Kalomel injicirt. Schmerzen an der Injektionsstelle entwickeln sich erst nach 24—36 Stunden. Die Methode ist sehr wirkungsvoll und bringt die Erscheinungen recenter und recidivirender Syphilis bald zum Schwinden. Für die leichten Formen genügen 3—4 Injektionen, für die schwereren meist 5—6.

In 8 Fällen traten innerhalb der ersten 6 Monate Recidive auf; in 2 Fällen entwickelten sich auch während der Injektionsbehandlung immer neue Nachschübe.

Leubuscher (Jena).

21. Engelmann (Bamberg). Sulfonalexanthem.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 42. p. 709.)

Eine 40jährige Pat., mit Metritis und dysmenorrhoischen Beschwerden behaftet, erhält versuchsweise statt Chloral 2 g Sulfonal. Chloral war bis dahin in der Dosis von 0,5—1,0 g gut ertragen worden; sie erhielt dasselbe zur Zeit der Menses 1 bis 2 Nächte nach einander, in der Zwischenzeit bedurfte sie keines Hypnoticums. Auf die 2 g Sulfonal, die Abends 7 Uhr gereicht wurden, erfolgte kein Schlaf, doch trat gegen Morgen an den äußeren Seiten der Mammae ein leicht juckendes scharlachrothes Exanthem auf, das sich bis zum Abend auf die Innenseite beider Oberarme in symmetrischer Weise fortsetzte, eben so gegen das Sternum und bis in die obere Magengegend, woselbst das Exanthem der einen Seite mit dem der anderen konfluirte. Vom 3. Tage an verblasste dasselbe unter schwach livider Verfärbung.

Die symmetrische Anordnung des Erythems spricht auch hier für die von Lesser vertretene Ansicht, dass es sich bei den Arzneiexanthemen um Störungen der vasomotorischen Nerven handle, und zwar wohl der Centralorgane durch das im Blute cirkulirende Medikament. **Goldschmidt** (Nürnberg).

22. Schotten (Kassel). Über unangenehme Nachwirkungen des Sulfonal.

(Therapeutische Monatshefte 1888. December.)

Eine 45jährige Frau, seit 20 Jahren durch Myelitis an den Beinen gelähmt, gebrauchte seit einem Jahre Abends Chloralhydrat, in der letzten Zeit 3 g; da dieses wiederwärtig geworden war, erhielt sie einmal nach dem Abendessen 2 g Sulfonal in einer Tasse warmer Bouillon. Die Schlafwirkung war gering, am anderen Morgen bestand Müdigkeit; am nächsten Abend wiederum 2 g Sulfonal mit gleichem Effekt, am nächsten 3 g Sulfonal, darauf andauernder Schlaf, doch am nächsten Tage hochgradige Müdigkeit, Schlafneigung, Kopfschmerz, bitterer Geschmack und Appetitlosigkeit. Dieser Zustand blieb 4 Tage lang in besorgnis-erregender Weise bestehen, bis am 4. Tage ein masernähnliches Exanthem über der ganzen Körperoberfläche auftrat mit Hitzegefühl und Brennen der Haut. Mit dem Erscheinen dieses Exanthems besserte sich sofort der Allgemeinzustand.

Bemerkenswerth in diesem Falle ist die so lange andauernde hochgradige Müdigkeit nach dem Sulfonalgebrauch, so wie das nach 4 Tagen auftretende Sulfonalexanthem, mit dessen Auftreten die Intoxikationssymptome wie mit einem Schlage verschwunden waren. **Goldschmidt** (Nürnberg).

23. A. Huber. Klinisch-toxikologische Mittheilungen. (Aus der med. Klinik in Zürich.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV. Hft. 5 u. 6.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Vergiftungen — 22 Fälle —, die im Laufe der letzten Jahre auf der Züricher Klinik zur Beobachtung kamen und von denen einzelne auch durch die Seltenheit ihres Vorkommens bemerkenswerthe Facta bilden. Die ausführlichen Krankengeschichten liefern manche interessante Einzelheiten, so namentlich der Fall von Arsenvergiftung, in welchem auch die Diagnose wegen fehlender anamnestischer Anhaltspunkte Anfangs völlig unklar blieb; hier trat ein relativ seltener Folgezustand ein, bestehend in einer Lähmung der Beine, mit vollständiger Anästhesie und Fehlen der Patellarreflexe, Atrophie der Muskulatur mit starker Herabsetzung der direkten und indirekten faradischen Erregbarkeit; ferner war eine dauernde Pulsbeschleunigung vorhanden und als ganz eigenartiges Symptom eine im späteren Verlauf auftretende Polyurie. Eine Vergiftung mit Sublimat wurde durch Einführung des Giftes in den Mastdarm hervorgerufen, und eine solche mit Jod durch Genuss von ca. 4 g Tinct. jodi. 3 Fälle von Kohlenoxydgasvergiftungen wurden geheilt, 2 nur durch Excitantien, 1 durch Venaesektion mit nachfolgender Kochsalzinfusion; Verf. ist geneigt, der ersteren hauptsächlich

das günstige Resultat zuzuschreiben. Ein Fall von Opiumvergiftung bietet als merkwürdige Erscheinung einen kräftigen Puls von dauernd hoher Frequenz dar und als überaus seltene Komplikation eine ganz akute Nephritis — keine rein symptomatische Albuminurie —, die mit dem Verschwinden der übrigen Vergiftungserscheinungen ebenfalls aufhörte. Die nur leichte Vergiftung mit Berlinerblau verdient dadurch Interesse, weil das Berlinerblau — Ferrocyanürcyanid — allgemein als ungiftig gilt. Die übrigen Fälle — Vergiftungen mit Karbolsäure, Phosphor, Schwefelsäure, Salpetersäure und Atropin — zeigen in ihren Erscheinungen und Verlauf keine wesentlichen Abweichungen von den bekannten Bildern.

Markwald (Gießen).

24. Sokolowski (Warschau). Über die Heilbarkeit der Larynxtuberkulose und ihre Behandlung. (Lecrenie gonźlicy kotani i jéj uleczności.)

(Przegląd lekarski 1888. No. 38 ff. [Polnisch.])

Nach Verf. langjährigen Erfahrungen ist die Kehlkopftuberkulose heilbar, wiewohl selten. Zum Beweis führt Verf. 10 Fälle eigener Beobachtung an, in denen tuberkulöse Kehlkopfgeschwüre für lange Zeit zur Vernarbung kamen. Jedoch gehörten alle diese Kranken zu der Gruppe Phthisis fibrosa mit sehr geringen Veränderungen in den Lungen, ihr allgemeiner Ernährungszustand war ziemlich gut und kein Fieber. Fast alle befanden sich in günstigen, einige in ausgezeichneten Lebensbedingungen. Die meisten gebrauchten zu wiederholten Malen klimatische Kuren. Bei 6 von diesen Fällen trat die Vernarbung ohne jedwede lokale Behandlung ein, bei 4 wurden verschiedene topische Mittel angewandt. Um den Werth der lokalen Behandlung beurtheilen zu können, verglich Verf. 50 lokal behandelte Pat. mit 50 nicht behandelten. Von den nicht lokal behandelten wurden 8 gebessert (16%), bei 42 war kein Erfolg (84%). Unter den lokal behandelten dagegen trat bei 40 Besserung ein (80%), und bei 10 keine (20%). Diese Procentwerthe sprechen sehr beredt für die lokale Behandlung der Larynxtuberkulose. Am wirksamsten zeigt sich eine kombinirte Behandlungsmethode: Milchsäure, chirurgische Eingriffe (Curettement und Ausreißen der Granulationen), ferner Galvanokaustik und selbstverständlich allgemeine, wo möglich klimatische Behandlung.

Smoleński (Krakau-Szczawnica).

25. Altdorfer. Heilfieber und das heiße Luftbad, ein Vergleich.

(Deutsche Medicinalzeitung 1888. No. 76 u. 77.)

A. fasst das Fieber als einen Process auf, mittels dessen sich der Organismus durch die Beschleunigung des Gaswechsels, durch die Vermehrung der Sauerstoffaufnahme gegen die Krankheitserreger vertheidige. Er erörtert die Frage, ob es nicht sogar rathsam sei, durch unschädliche Maßnahmen fieberähnliche Processe bei manchen fieberlosen Krankheiten hervorzurufen, um einen heilenden Einfluss auszuüben. Ein derartiges unschädliches Mittel sei das heiße Luftbad, welches in sehr wirksamer Weise der unheilvollen Thätigkeit der Ptomaine entgegenarbeite, indem dieselben theils durch Vermehrung der Sauerstoffzufuhr im Blute und den Geweben verbrannt, theils durch vermehrte Thätigkeit der Eliminationsorgane aus dem Körper entfernt werden. Ein Vergleich der Wirkungsweise der heißen Luftbäder mit den in Betracht kommenden Symptome des Fiebers zeige in der That eine frappante Übereinstimmung. Gelänge es wirklich durch diese Luftbäder den natürlichen Heilprocess des Fiebers nachzuahmen und der verderblichen Wirkung der Ptomaine und ihrer Erzeuger entgegenzuarbeiten, so sei das Ideal einer ätiologischen Therapie erreicht.

Peiper (Greifswald).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 8. Juni.** **1889.**

(Aus dem Laboratorium der med. Klinik zu Straßburg.)

Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation.

Von

J. v. Mering und **O. Minkowski.**

Nach Exstirpation des Pankreas tritt bei Hunden Diabetes mellitus auf. Derselbe beginnt einige Zeit nach der Operation und dauert wochenlang ohne Unterbrechung bis zum Tode der Thiere.

Außer dem Zuckergehalt im Harn beobachtet man Polyurie,

großen Durst, Heißhunger, so wie starke Abmagerung und große Hinfälligkeit trotz reichlicher Nahrungszufuhr.

Ein Hund, welchem wir das Pankreas entfernt hatten, und welcher seit 48 Stunden nüchtern war, schied 5—6%igen Zuckerharn aus.

Ein Hund von 8 kg schied bei ausschließlicher Fleischkost täglich fast 1 Liter Harn mit 6—8% Zucker aus. Nach Zufuhr von Traubenzucker betrug der Zuckergehalt des Urins vorübergehend 13% und wurde der weitaus größte Theil des zugeführten Zuckers unverändert ausgeschieden.

Erwähnen wollen wir noch, dass der Harn der operirten Thiere nennenswerthe Mengen von Aceton enthielt.

Der Zuckergehalt des Blutes ist in hohem Grade vermehrt; in einem Falle betrug derselbe 0,30%, in einem anderen 0,46%.

Was den Glykogengehalt der Organe betrifft, so schwindet derselbe; so konnten wir bei einem Hunde, der 4 Wochen diabetisch war und in voller Fleischverdauung getödtet wurde, weder in der Leber noch in den Muskeln Glykogen nachweisen.

Das Ganglion solare wurde bei der Operation nicht verletzt, und es muss der Diabetes als eine direkte Folge der Pankreasexstirpation aufgefasst werden.

Die Transfusion des Blutes eines diabetischen Hundes in die Vene eines gesunden Thieres rief bei letzterem keine Zuckerausscheidung hervor.

Erwähnt sei noch, dass bei pankreaslosen Thieren die Fettresorption in hohem Grade behindert ist, und dass auch die Ausnutzung der zugeführten Eiweißstoffe eine mangelhafte zu sein scheint.

---

1. **Munk** und **Senator.** Zur Kenntnis der Nierenfunktion. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Blutdrucksänderungen auf die Harnabsonderung.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. p. 1.)

Die Untersuchungen sind angestellt an der überlebenden Niere. Zur Durchströmung wurde defibrinirtes und colirtes, unverdünntes Blut verwendet, welches beim Eintritt und beim Austritt unter beliebigen Druck gesetzt werden konnte. Die Untersuchung des Sekrets, welches während der Durchströmung aufgefangen wurde, bezog sich auf Feststellung der Menge, der Koncentration, des Eiweiß-, Harnstoff- und ClNa-Gehaltes. Eiweißhaltig blieb — wie die Autoren vorausschicken — das Nierensekret während des Versuches immer: je schneller die Durchströmung in Gang kam und je flotter sie weiterhin vor sich ging, um so geringer — je längere Zeit bis zur Durchströmung verstrich und je langsamer die Blutdurchströmung selbst erfolgte, um so reichlicher war Eiweiß dem Urin beigemengt.

Es stellte sich nun zunächst heraus, dass die Größe der Harnabsonderung in viel höherem Maße der Stromgeschwindigkeit als der absoluten Höhe des arteriellen Blutdrucks parallel gehe. Außer-

dem aber zeigte sich, dass dieser Faktor nicht der allein herrschende sei, sondern auch dem jeweiligen Zustand der secernirenden Membran ein wesentlicher Antheil an der Beherrschung der Sekretmenge zuzuerkennen sei.

Reichliche Harnabsonderung ging immer einher mit geringem Eiweißgehalt des Harnes. Die specifische Abscheidung von Harnstoff sinkt bei niederer Stromgeschwindigkeit erheblich, die procentische Kochsalzausscheidung sinkt bei niederem Druck nur um ein Weniges; der Eiweißgehalt des Harns nimmt bei sinkendem arteriellem Druck zu: je weniger arterielles Blut in der Zeiteinheit durchströmt, desto durchlässiger werden die Gewebe für Eiweiß.

Eine weitere Reihe von Versuchen bezog sich auf den Einfluss venöser Stauung auf Menge und Zusammensetzung des Harns. Die Stauung wurde bewirkt durch Verengerung der Ausflussröhre. Der ausgeschiedene Harn war immer sparsam und enthielt mehr oder weniger Blut; im Einzelnen ergab sich bei venöser Stauung, gleichgültig welcher Druck in der Arterie herrschte: beträchtliche Abnahme der Harnmenge, erhebliche Abnahme des procentischen Gehaltes an Harnstoff, unwesentliche Veränderung des procentischen Kochsalzgehaltes, erhebliche Zunahme des Eiweißgehaltes, und was besonders beachtenswerth: stets eine beträchtliche Abnahme der Stromgeschwindigkeit des Blutes. Die Abnahme dieser mit ihren Folgen: Schädigung der specifischen Drüsenepithelien, ist es denn auch, auf welche die Zunahme des Eiweißgehaltes und die Abnahme des Harnstoffgehaltes zurückzuführen sind.

Im Anschluss an diese Ergebnisse experimenteller Forschung erörtern die Verff. die verschiedenen Theorien der Harnabsonderung und fassen ihre Anschauungen in einer die Lehren Ludwig's und Heidenhain's vereinigenden Form zusammen. Bezüglich dieser sei auf das Original verwiesen. **von Noorden** (Berlin).

---

2. **E. Gaucher.** Recherches expérimentales sur la pathogénie des néphrites par auto-intoxication.

(Revue de méd. 1888. No. 11. November 10.)

Verf. experimentirte an Meerschweinchen mit Leucin, Tyrosin, Kreatin, Kreatinin, Xanthin und Hypoxanthin. Die Injektionen genannter Extraktivstoffe unter die Haut erzeugten eben so, wie Verf. dies früher für mineralische (Merkur, Phosphor, Arsenik etc.) und vegetabilische (Oxalsäure und Fuchsin) Substanzen festgestellt, jedes Mal eine epitheliale Nephritis, welche zu körnig-fettiger Degeneration, hauptsächlich der Epithelien, in den Tubulis contortis führte. Verf. warnt mit einem Blick auf die Therapie vor der Verabreichung von extraktivstoffreichem Nährmaterial (Kraftbrühen, Fleischextrakten, Fleischpulver etc.) in allen Fällen, wo bei gestörter Ernährung die Transformation der stickstoffhaltigen Nährsubstanz sich unvollkommen

vollzieht, da eine Übersättigung des Organismus mit Extraktivstoffen und eine von diesen verursachte epitheliale Nephritis droht.

Rosnick (Berlin).

---

3. P. Wolfheim. Ein weiterer Beitrag zur Phagocytenlehre.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. III. Hft. 4. p. 402.)

Der Verf. unternahm eine Reihe von Versuchen über Impfkeratitis — bei welcher Affektion nach den Beobachtungen von Hess die Phagocytose besonders deutlich zu Tage treten sollte — erhielt aber völlig andere Ergebnisse als der genannte Forscher. W. gelangt durch seine (einzeln angegebenen) Experimente zu folgenden Schlüssen: 1) Die Leukocyten können prophylaktisch nicht wirksam sein, d. h. sie können den Beginn der Kokkenwucherung nicht verhindern, da sich ergiebt, dass die Kokkenwucherung der Eiterung vorausgeht. 2) Das intracelluläre Vorkommen der Kokken ist ohne Weiteres zuzugeben, doch lässt sich aus der Anwesenheit der Kokken in Leukocyten nicht folgern, dass erstere nun auch vernichtet sind. 3) Das klinische Verhalten widerspricht den von Hess angeführten Befunden. In einem Versuch des Verf. entwickelte sich trotz exquisiter Phagocytose das Bild einer überaus schweren Keratitis mit drohender Perforation. 4) Ein regelmäßiges Zunehmen des Phagocytismus mit fortschreitender Heilung konnte der Verf. — im Gegensatz zu Hess — nicht konstatiren. 5) Als schwerwiegendsten Befund gegen die Phagocytenlehre führt W. das frühzeitige Absterben der Leukocyten an, zu einer Zeit, wo die Kokken noch intensiv färbbar sind. Die Verbreitung der Kokken durch die Cornea bis zur Membrana Descemeti erfolgt nicht durch Vermittlung der Leukocyten, sondern extracellulär durch den Saftstrom. F. Neelsen (Dresden).

---

4. E. Peiper. Zur Frage der Übertragung der Tuberkulose durch die Vaccination.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 1 u. 2.)

Die Gefahr der Impftuberkulose scheint durch die Entdeckung des tuberkulösen Virus in den Vordergrund gerückt, ist aber de facto eine sehr geringe, weil bei der Abimpfung von jeher auf Zeichen von Tuberkulose, Skrofulose, Rachitis sehr geachtet wurde, bei der animalen Vaccination nur junge, also sehr selten perlsüchtige, übrigens durch vorhergehende Untersuchung und nach geschehener Lymphgewinnung (und vor Abgabe der Lymphe) durch die Sektion als gesund erwiesene Kälber verwendet werden dürfen. Bei Verwendung der Lymphe Tuberkulöser ist eine Überimpfung von Tuberkulose wohl möglich, aber sehr unwahrscheinlich. Bei 38 (u. A. auch von P.) geimpften Phthisikern fanden sich kein einziges Mal Tuberkelbacillen in der Lymphe. Die seit 1883 publicirten Fälle von kutaner Impftuberkulose (Leichentuberkel, ferner durch Circumcision, Reinigen von Speibecken Tuberkulöser, Verunreinigung von Ekzemen,

Nabelwunden durch tuberkulöse Angehörige des Kranken hervorgerufen) zeigen, dass die Inoculationstuberkulose auf der Hautdecke schwer oder gar nicht (Leichentuberkel) weiter kommt.

K. Bettelheim (Wien).

---

5. **Bäumler** (Freiburg). Die Prophylaxis des Scharlachs.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 42.)

Bei den großen direkten Gefahren, die der Scharlach mit sich bringt, bei den zahlreichen Nachkrankheiten in dessen Gefolge, bei der zu gewissen Zeiten überaus großen Morbidität und Mortalität verdienen einige Rathschläge des Verf. sicherlich Beachtung, die derselbe in prophylaktischer Beziehung in vorliegender Arbeit giebt. Da man weiß, dass nicht alle Menschen am Scharlach erkranken müssen und die Disposition dazu nur innerhalb weniger Jahre des frühen Kindesalters eine wirklich bedeutende ist und von da an rasch wieder abnimmt, so ist es gewiss gerechtfertigt, mit aller Strenge prophylaktische Maßregeln zu treffen und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln das Scharlachkontagium von den dazu Disponirten fern zu halten. Um dies in wirksamer Weise thun zu können, muss man sich stets vergegenwärtigen, dass das Scharlachkontagium stets von einem Scharlachkranken ausgeht, dass es eine große Lebensfähigkeit besitzt, vom Beginn der Erkrankung bis weit in die Rekonvalescenz hinein, bis zur vollständig beendeten Abschuppung wirksam ist, die Infektionsgefahr erst mit deren Vollendung schwindet und dass die Incubation nur eine sehr kurz dauernde ist. Dem entsprechend sollen Scharlachkranke so früh und so strenge als möglich isolirt werden und so lange, bis die Abschuppung auch an den Handtellern und Fußsohlen beendigt ist. Die mit den Kranken in Berührung kommenden Personen sollen den Verkehr mit Anderen thunlichst vermeiden oder die Gefahr der Verschleppung durch Kleiderwechsel, Waschungen etc. möglichst vermindern. Die Luft des Krankenzimmers soll möglichst oft erneuert, die Wäsche in Karbolwasser gelegt und mit Kaliseife gekocht, die Kleider sollen mit strömendem Dampf desinficirt werden. Die Desinfektion des Zimmers und seiner Utensilien geschehe in der üblichen Weise durch strömenden Dampf, Abreiben mit Brot etc., der Wiederbezug eines solchen Zimmers erst nach gehöriger, mehrere Tage und Nächte dauernder Lüftung. Der Transport Scharlachkranker geschehe in besonderen Wagen und auch der Verschleppung der Krankheit durch dritte Personen, durch Hausthiere und todte Gegenstände möge die nöthige Beachtung geschenkt werden. Beim ersten Auftreten des Scharlachs in stark überfüllten Stadttheilen empfiehlt sich baldige Evakuation der Kranken in ein Isolirhaus oder Hospital, für größere Gemeinden die Anschaffung wirksamer, eventuell fahrbarer Desinfektionsapparate.

Wird in dieser Weise und nach solchen Gesichtspunkten die Prophylaxis auch dem Scharlach gegenüber gehandhabt, dann wird

es möglich sein, größere Epidemien zu verhüten, ihre Ausbreitung einzuschränken und die Krankheit selbst günstig ablaufen zu machen.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

6. G. Hayem et P. Tissier. Contribution à l'étude de la péricardite tuberculeuse.

(Revue de méd. 1889. No. 1. Januar 10.)

Die Verff. schildern zunächst die mannigfachen Erkrankungsformen, unter denen eine Pericarditis tuberculosa auftreten kann: Bald erscheint sie sekundär im Anschluss an Tuberkulose der serösen Häute, oder an Lungen- oder Knochentuberkulose, bald ist das Pericardium der Sitz einer primären tuberkulösen Erkrankung. Je nach der Art des Auftretens wechselt das klinische Bild, wie auch der anatomische Befund ein sehr verschiedener ist: einmal bildet sich ein Erguss, der serös, sero-fibrinös, hämorrhagisch oder purulent sein kann, dann wieder kommt es zu einer mehr oder minder vollständigen Verwachsung beider Pericardialblätter. Absicht der Verff. ist es, diejenige Form der Pericarditis tuberculosa zu schildern, die zu einer vollständigen Verwachsung beider Blätter führt, während bei derselben die übrigen Organe, besonders die Lungen an der tuberkulösen Erkrankung wenig betheiligt sind. Das klinische Bild dieser Erkrankungsform ist bis jetzt ziemlich unbekannt.

Nachdem die Verff. dann eine Übersicht der bisher veröffentlichten Arbeiten über tuberkulöse Pericarditis gegeben haben, schildern sie ausführlich einen von ihnen beobachteten Fall, so wie zwei von Weinberg veröffentlichte und referiren kurz über einige andere (Millard, Cornil, Hayem, Letulle). Der charakteristische Befund bei allen Fällen ist die totale Verwachsung beider Pericardialblätter, die oft eine Dicke von 8—10 cm durch Organisation des dazwischen gelegenen Exsudates erreichen. Dieses Zwischengewebe hat meist eine graugelbliche Farbe und eine etwas durchscheinende Beschaffenheit; selten trifft man auf direkt käsige Einlagerungen. Das Gewebe ist von Tuberkeln durchsetzt, die oft schon makroskopisch sichtbar sind; die Konsistenz des Gewebes ist je nach der Dauer der Affektion wechselnd. Das Herz selbst bietet ein verschiedenes Bild, bald ist es normal oder verkleinert, bald hypertrophirt und dilatirt. Das Myocard zeigt meist nur eine geringe Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, bisweilen hat man auch hier vereinzelte Tuberkel gefunden. Tuberkel fanden sich ferner an der äußeren Seite des Pericards an den Pleuren und in den Mediastinaldrüsen. Dagegen fanden sich die Lungen meist frei von der tuberkulösen Affektion; zuweilen fand man eine bindegewebige Narbe als Zeichen einer früher stattgehabten tuberkulösen Erkrankung. Die Bauchorgane zeigten fast immer nur geringe Kongestion, ein einziges Mal lagen im Cavum Douglasii einige Tuberkel. Bemerkenswerth war in allen Fällen das Vorhandensein einer großen Masse von tuberkulösen, meist käsig degenerirten Lymphdrüsen an der Herzbasis, um

die Ursprungsstellen der großen Gefäße. Letztere boten oft das Bild der Peri- und und Endoarteriitis, häufig fand sich Thrombose.

Als Ausgangspunkt der tuberkulösen Pericarditis betrachten die Verff. eine Erkrankung der eben erwähnten Drüsenpackete; es erfolgt dann entweder Durchbruch verkäster Drüsen ins Pericard oder aber Verschleppung der Bacillen auf dem Wege des Lymphstromes.

Verff. entwerfen sodann ein Bild von dem klinischen Verlauf der Erkrankung und bemerken zuvor, dass häufig eine Verwachsung der Pericardialblätter bei der Autopsie gefunden wird, ohne dass man im Leben an eine derartige Affektion gedacht hat; dies weist schon darauf hin, dass die klinischen Erscheinungen der Affektion wenig prägnante sind. Meist handelt es sich um kräftige, etwas blass aussehende Leute, die sich vorher ganz wohl befunden haben und plötzlich anfangen, über leicht eintretende Ermüdung, über Abgeschlagenheit und Abnahme ihrer Kräfte mit Abmagerung zu klagen. Es folgen dann Athembeschwerden, häufiges Nasenbluten, Abends leichte Fiebererscheinungen. Dann stellt sich trockener Husten ein und Zunahme der Dyspnoe zwingt die Pat. meist zur Einstellung ihrer Thätigkeit. Die Temperatur ist gewöhnlich normal oder wenig gesteigert. Bei der Untersuchung findet man dann ein meist doppelseitiges ausgedehntes Pleuraexsudat, häufig auch Ascites. Beide Ergüsse trotzen jeder medikamentösen Behandlung, nach Punktion folgt baldigst Erneuerung des Exsudates. Die Flüssigkeit zeigt dunkelgelbe Färbung, enthält viele rothe Blutkörperchen und reichlich Fibrin. Bisweilen finden sich auch Ödeme der unteren Extremitäten, doch sind diese gewöhnlich nicht sehr ausgedehnt. Die Symptome von Seiten des Herzens selbst sind meist sehr gering; das einzige konstante Symptom ist das vollständige Fehlen des Spitzenstoßes, der weder sicht- noch fühlbar ist. Die Herzdämpfung bleibt in normalen Grenzen, die Herztöne sind rein, ein wenig abgeschwächt. Der Puls ist regelmäßig, klein, wenig beschleunigt. Die untere Lebergrenze ist stets erheblich nach unten verschoben, die Leber selbst stark geschwollen, ihre Oberfläche unregelmäßig, höckrig. Remissionen treten im Verlaufe der Krankheit selten ein, meist führt dieselbe in einigen Monaten zum Tode. Die behinderte Herzkontraktion lässt die Exsudate sich rasch vergrößern und diese beschleunigen ihrerseits das Eintreten der Herzinsufficienz.

Die Diagnose der Erkrankung ist ungemein schwierig. Doppelseitige, hartnäckige Pleuritis, schnelle Erneuerung des Exsudates bei Punktion, der Charakter der Punktionsflüssigkeit können bei fehlendem Spitzenstoß an die Möglichkeit einer pericardialen Verwachsung denken lassen. Dazu kommt das Allgemeinbefinden der Pat. und die Entwicklung der Krankheit. Mit Sicherheit ist die Diagnose wohl niemals zu stellen. **M. Cohn** (Berlin).

7. Cozzolino. Statistique des mastoidites, de leurs suites ainsi que des perforations de l'apophyse mastoide.

(Ann. des malad. de l'oreille du larynx etc. 1889. Januar.)

Die Schlussfolgerungen, zu denen der Verf. auf Grund einer auf den Gegenstand bezüglichen 5jährigen Beobachtung am »Hôpital clinique de Naples« gelangt, sind folgende:

Die Entzündungen des Warzenfortsatzes sind fast immer Folge chronischer, seltener akuter Mittelohreiterung, noch seltener von Entzündungen des Gehörganges. Man findet in allen Fällen von Mastoiditis Granulationen und Polypen in den Höhlen des Ohres, wodurch der Eiterabfluss aus dem Mittelohr behindert ist. Auch Geschwülste oder Stenosirungen des Gehörganges können die Schuld davon tragen. Durch Zersetzungsvorgänge in dem sich stauenden Eiter entwickeln sich Säuren, welche den Knochen chemisch angreifen. Diese Eiterungs- und Entzündungsprocesse müssen desshalb aufs strengste antiseptisch behandelt werden. Durch penible Anwendung der Antiseptik lässt sich das Ergriffenwerden des Warzenfortsatzes verhüten, vorausgesetzt, dass nicht schon durch Granulationsbildung oder Stenosirung des Gehörganges der Eiterabfluss behindert ist. Das Politzer'sche Verfahren ist jedenfalls nicht für ein event. Überspringen der Entzündung vom Mittelohr auf den Warzenfortsatz verantwortlich zu machen. Die Trepanation des Warzenfortsatzes ist nicht in allen Fällen von Mastoiditis nothwendig; nur wo es zur Sequesterbildung oder Sklerose am Knochen gekommen ist, oder beim Bestehen cerebraler Symptome. Für die Beurtheilung einer event. Mitbetheiligung des Gehirns ist die Untersuchung des Augenhintergrundes und der positive Nachweis einer vorhandenen Stauungspapille sehr werthvoll. **E. Fraenkel** (Hamburg).

---

8. Gilles de la Tourette. De la technique à suivre dans le traitement par la Suspension de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux.

(Progrès méd. 1889. No. 8. p. 135.)

Im Anschluss an die erste Publikation (cf. Referat im Centralbl. 1889 No. 12) liefert der Verf. eine ausführliche Beschreibung des Apparates und der Technik des Suspensionsverfahrens. Der Sayresche Apparat, den Charcot anwendet, scheint in Frankreich nicht sehr bekannt zu sein, da Verf. neben einer bis in das kleinste Detail gehenden Beschreibung desselben auch noch einige bezügliche Illustrationen beifügt. Hier darf wohl nach Ansicht des Ref. der Apparat als hinlänglich bekannt vorausgesetzt werden; nur einige praktische Winke seien wiedergegeben. Analog dem sonstigen Gebrauch des Apparates bei Skoliose der Halswirbel etc. ist auch bei dieser Anwendung von Wichtigkeit, ein richtiges Verhältnis zwischen den Kopfhaltern und den Achselstützen herzustellen. Einerseits muss darauf geachtet werden, dass das Gewicht des Körpers nicht

allein auf dem Kopfhalter ruht, da ein derartiger Zug nicht ertragen werden kann. andererseits dürfen die Achselstützen nicht zu kurz genommen werden, da sonst leicht in Folge von Kompression des Plexus brachialis Parästhesien auftreten können, die eine sofortige Unterbrechung der Sitzung gebieten. Der Apparat soll so sitzen, dass die Belastung der Nackenmuskulatur mit dem Körpergewicht gerade noch ausreicht, um einen Zug auf die Wirbelsäule zu ermöglichen; es ist daher auf die passende Anlegung der Achselriemen volle Aufmerksamkeit zu verwenden. Charcot legt besonderes Gewicht darauf, dass die Suspension keine Ermüdung oder gar Schmerzempfindung beim Pat. hinterlässt. In Folge dessen verlangt er peinlichste Vermeidung jeder Erschütterung durch forcirte Bewegungen seitens des Pat. sowohl wie seitens des Arztes. Der Auf- und Abzug soll, um jeden Druck zu vermeiden, sanft und langsam ausgeführt werden; die Beine des Pat. sollen zusammengehalten und eventuell leicht gestützt werden, damit keine Schleuderbewegungen, die bei den meist ataktischen Pat. sonst kaum vermeidlich sind, und somit keine Veränderungen des Gleichgewichts eintreten können. Die in der vorigen Mittheilung gegebenen Bestimmungen über die Dauer und die Wiederholung der einzelnen Suspensionen müssen genau innegehalten werden. Verf. fügt hier noch hinzu, dass bei Individuen, deren Körpergewicht 80 Kilo übersteigt, die Dauer der Sitzungen wegen des stärkeren Zuges um $^1/_2$—1 Minute verkürzt werden muss. Ist die Suspension zu Ende, so lässt man den Pat. kurze Zeit ruhen.

Im Übrigen wiederholt Verf. seine Angaben über die bisher erzielten Erfolge hei einzelnen Centralerkrankungen. Aus der Behandlung ist bis jetzt noch kein Pat. entlassen worden; die Besserung ist bei Allen eine progressive. Bei richtiger Anwendung der Methode ist noch keine schädliche Wirkung konstatirt worden.

A. Neisser (Berlin).

---

9. **B. Fraenkel** (Berlin). Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 1—6.)

Verf. giebt in vorliegender Arbeit eine sorgfältige klinische Darstellung des Kehlkopfkrebses, sich zumeist anlehnend an seine eigenen Beobachtungen. Mit Recht wird hervorgehoben, dass es gerade darauf ankommt, die Frühformen des primären Larynxkrebses genau zu erkennen, weil von einer frühzeitigen Diagnose unser therapeutisches Können in hohem Maße abhängt.

Verf. unterscheidet 1) das Carcinoma polypoides, d. h. das unter dem Bilde einer Geschwulst auftretende Stimmbandcarcinom; 2) das Carcinoma diffusum, das Stimmbandcarcinom, welches sich in die Fläche ausbreitet; 3) Mischformen der beiden ersten Gattungen, aber an anderen Stellen des Kehlkopfs auftretend; 4) das Carcinoma ventriculare, welches aus dem Ventriculus Morgagni emporsprießt. Alle

4 Formen werden genau beschrieben in ihrer Entstehung, in ihrem Aussehen und Verlauf, die differentialdiagnostischen Momente sorgfältig hervorgehoben und auch endlich die fortgeschrittenen Formen des Larynxcarcinoms genauer berücksichtigt. Indem wir betreffs der Details auf das Original verweisen, möchten wir indess des Autors Résumé wörtlich reproduciren: »Der Kehlkopfkrebs kann auch in seinem Beginne mit Hilfe des Kehlkopfspiegels und der mikroskopischen Untersuchung herausgenommener Stücke fast ausnahmslos sicher als solcher erkannt werden. Die Ausrottung der Frühformen desselben auf endolaryngealem Wege oder durch die partielle Exstirpation des Larynx giebt uns die begründete Aussicht, die Mehrzahl der von ihm befallenen Kranken dauernd zu heilen.«

B. Baginsky (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **Verneuil.** Sur le tétanos.

(Bull. de l'acad. de méd. 1888. No. 47.)

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluss: Die Übertragung des Wundtetanus von Mensch auf Mensch ist bisher nur in wenigen Fällen erwiesen. Die Infektion erscheint unabhängig von atmosphärischen Einflüssen und kommt augenscheinlich nur durch direkte Berührung zu Stande. Der Weg der Ansteckung ist nicht leicht nachzuweisen; weitere Untersuchungen müssen hierüber noch die nöthige Aufklärung geben. **Peiper** (Greifswald).

11. **Lecourt.** Contribution à l'étude de l'origine équine du tétanos traumatique humain.

(Compt. rend. hebdom. de la soc. de biol. 1888. November 10. p. 739.)

L. theilt 4 Beobachtungen von traumatischem Tetanus mit, welcher sich im Anschluss an äußere Verletzungen bei Personen entwickelt hatte, deren Beruf einen häufigeren Verkehr mit Pferden erforderte. Verf. glaubt, dass seine Beobachtungen eine Bestätigung der Ansicht Verneuil's sind, welcher den Wundtetanus des Menschen zurückführt auf den Umgang mit Pferden. (Dem Ref. erscheinen die mitgetheilten Fälle nicht sehr beweisend.)

Peiper (Greifswald).

12. **E. Schäffer.** Über einen Fall von traumatischem Tetanus mit sog. chirurgischem Scharlach.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 52.)

Im Anschluss an eine kleine Fingerwunde erkrankte ein 23 Jahre altes Dienstmädchen an Tetanus, der 10 Tage später mit recidivirender Scarlatina kombinirt wurde. Die Diagnose Scarlatina stützte sich auf das charakteristische Exanthem und dessen Weiterverbreitung, auf den Gesammtverlauf der Erkrankung — akuter Eintritt, Febris continua, lytische Defervescenz mit Abblassen des Exanthem, später lamellöse Abschuppung —, so wie auf das Auftreten einer sekundären Nephritis. Neben Trismus, Opisthotonus, Strecktetanus der unteren Extremitäten, tetanischer Starre der Bauchmuskeln, traten jedes Mal zur Blütheszeit des Scharlachexanthems die sog. Stöße in außerordentlicher Heftigkeit und Häufigkeit auf. Die Kranke genas. **G. Sticker** (Köln).

13. **Raskinoj.** Über die Herkunft der wichtigsten bösartigen Komplikationen bei Scarlatina.

(Wratsch 1888. No. 37—44.)

Die ausführliche Arbeit unterstützt diejenige Anschauung, welche die Komplikationen der Scarlatina als Sekundärinfektionen betrachtet. Bedingungen dafür

besonders von den Mandeln aus sehr günstig. Es wurden im Kinderhospitale (Rauchfuß) 21 Fälle von Scarlatina mit Komplikationen (7 mit phlegmonöser Lymphadenitis, 3 mit Diphtherie, 2 mit Gelenkeiterung, 2 mit Bronchopneumonie, 7 mit eitriger Otitis), von denen 6 pyämisch starben, durch Färbung von Präparaten und Züchtung von Kulturen untersucht — und zwar von allen das Blut; Eiter, wo er zu erhalten war, diphtheritische Auflagerungen und von den Gestorbenen Proben aus Leber, Milz, Niere. In 64 anderen Fällen, theils reinen, theils komplicirten, wurde nur das Blut eben so untersucht (10 Probirröhrchen pro Tag; Trockenpräparate gefärbt mit Gentiana-Anilinwasser).

In 20 von den ersten 21 Fällen fand sich ein Kettencoccus, theils in Reinkulturen (so im Eiter der Lymphdrüsen, der Gelenkabscesse, der bronchopneumonischen Herde); theils gemischt mit anderen Mikroorganismen. In den Organen der Gestorbenen war er einige Male allein, einige Male mit anderen, einmal nur Micrococcus pyog. tenuis. Im Blute gelang es nur sehr selten, den Coccus zu finden, da er sich in ihm offenbar nicht lange hält; zweimal wurde er an einem Tage gefunden, am folgenden nicht mehr. Weitere Untersuchungen durch Züchtung und Impfung führten Verf. zu der Ansicht, dass er denselben Coccus habe, den schon Fehleisen, Löffler, Baumgarten, Flügge studirten.

Er nimmt an, dass derselbe in verschiedenen Entwicklungsstadien einen sehr verschiedenen Grad der Gefährlichkeit besitze, wie z. B. auch Fraenkel für den Diplococcus pneumon. gezeigt hat. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

14. **Elwert** (Reutlingen). Ein vorzügliches Mittel bei Diphtherie.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1888. December 13.)

E. giebt an, von der örtlichen Anwendung des Kalomel bei Diphtherie vorzügliche Erfolge gesehen zu haben. Er lässt mehrmals des Tages und des Nachts eine Messerspitze von Kalomel 1 : Amylum 2—3, mittels der Spitze einer Vogelfeder auf die erkrankten Partien bringen. Nähere Angaben über Zahl der behandelten Fälle etc. fehlen. **A. Freudenberg** (Berlin).

15. **Lewin.** Phosphorumsatz bei Diabetes. (Klinik des Prof. Manasein.)

(Wratsch 1888. No. 33—36.)

Verf. bestimmte in einem Falle von Diabetes den N in Nahrung, Koth und Urin, eben so P_2O_5. Die äußerst umfangreiche Arbeit mit vielen Tabellen ergiebt, dass der P_2O_5-Umsatz verringert ist, d. h. es erscheinen beim Diabetes etwa 10% der aufgenommenen Menge weniger im Urin als beim Gesunden. Bei demselben Kranken ergab eine 8tägige Magensaftuntersuchung normale Säureverhältnisse, doch war die Verdauung eines Eiweißwürfels im Thermostaten entschieden verlangsamt. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

16. **G. Mahomed.** Jumbul in glycosuria.

(Practitioner 1888. December. p. 416.)

Verf. wandte bei einem 60jährigen Diabetiker Jumbul (3mal täglich 0,12) an. Schon nach einer Woche war der Zucker vollständig aus dem Urin verschwunden, kehrte jedoch nach Aussetzen des Mittels bald wieder. Dasselbe wurde jetzt einige Monate ununterbrochen fortgegeben und so eine noch bis zur Zeit der Publikation (ca. $1^1/_2$ Jahr später) andauernde Heilung (?) des Diabetes erzielt.

Goldschmidt (Nürnberg).

17. **G. Bastianelli.** Sull' emoglobinuria in seguito a marce e i suoi rapporti coll' albuminurie funzionale.

(Bollett. della soc. Lancisiana degli osped. di Roma 1888. Anno VIII. Fasc. 4. p. 165 bis 176.)

Verf. beschreibt einen Fall von Hämoglobinurie durch Gehen, der dadurch bemerkenswerth ist, dass B. in der Lage zu sein glaubt, die Wirkung der Kälte als veranlassende Ursache der Hämoglobinurie vollständig ausschließen zu können. Nur Muskelarbeit und zwar nur das Gehen rief bei dem Pat. von B. die Hämo-

globinurie hervor, während beispielsweise einstündige gymnastische Übungen das Auftreten von Blutfarbstoff im Harn nicht bewirkten. Da nun Verf. bei seinem Kranken durch Gehen bald Hämoglobinurie, bald nur vorübergehende Albuminurie hervorrufen konnte, so schließt sich Verf. der Anschauung an, dass zwischen der Hämoglobinurie und der cyklischen, intermittirenden Albuminurie eine nähere noch nicht genauer bekannte Beziehung besteht, wenn er auch nicht so weit geht, jede Form der cyklischen Albuminurie als eine Hämoglobinurie geringeren Grades zu bezeichnen (Ralfe, Lancet 1886), bei welcher nur so geringe Mengen Hämoglobins im Blute vorhanden sind, dass Leber und Milz (nach Ponfick) für die Ausscheidung derselben ausreichen, und bei welcher nur geringe Mengen von (verändertem) Eiweiß durch die Nieren aus dem Blute entfernt werden.

Löwit (Innsbruck).

18. P. Guttmann. Über einen Fall von Melanosarkom in inneren Organen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 52.)

Ein Fall von Melanosarkom des Bulbus oculi mit sekundären Melanosarkomen im Herzen, im Darm, im Unterlappen der rechten Lunge und in der rechten Niere bei einer 68 Jahre alten Frau. Merkwürdig ist die lange Latenzperiode zwischen dem Entstehen des primären Tumors in der Orbita und dem Auftreten von Metastasen in inneren Organen; dieselbe beträgt dem klinischen Verlauf zufolge 30 Jahre.

G. Sticker (Köln).

19. L. Meyer. Dünndarmverschluss durch Magenerweiterung.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. p. 327.)

Bei einem 41jährigen Manne, welcher seit 8 Jahren an partieller Verrücktheit erkrankt war, traten, nachdem 8 Tage hindurch die Erscheinungen von trägem Stuhl, Meteorismus und Leibschmerzen bestanden hatten, plötzlich die Symptome einer Darmeinklemmung auf. Die operative Behandlung konnte wegen vollständigen Collapses nicht ausgeführt werden; Pat. starb. Die Sektion ergab eine kolossale Erweiterung des Magens, welcher mit Anschluss des in die Magenerweiterung hineingezogenen Duodenums alle übrigen Abdominalorgane bedeckte und verdrängte. Der gesammte Dünndarm fand sich zu einem festen Packet zusammengedrückt im kleinen Becken; auch der Dickdarm war auf das äußerste komprimirt. Das stark erweiterte Duodenum erwies sich im letzten Drittel seines unteren horizontalen Theiles von dem erheblich herabgezerrten Pylorustheil des Magens zusammengedrückt, so dass ein völliger Verschluss des Darmlumens und die Erscheinungen einer Darmeinklemmung herbeigeführt wurden.

Peiper (Greifswald).

20. P. Sonsino. Stenosi del piloro per carcinoma fibroso e cicatrice di ulcera semplice al cardias simulanti in vita una stenosi del cardias.

(Sperimentale 1888. Oktober.)

Bei einem 70 Jahre alten Manne hatte sich ungefähr im Verlaufe eines Jahres die völlige Unfähigkeit, Nahrung irgend welcher Art zurückzubehalten, ausgebildet. Die übrigen klinischen Symptome führten in Verbindung mit jener Erscheinung und einem resultatlosen Sondirungsversuch zur Annahme einer Cardiastenose. Die Sektion klärte das Leiden anders auf: eine Geschwürsnarbe in der Nähe der Cardia hatte Insufficienz der letzteren bedingt; am Pylorus war auf dem Boden einer Ulcusnarbe ein fibröser obstruirender Krebs entstanden, der die völlige Unverträglichkeit des Magens für Speisen verursachte und zur steten Entleerung desselben durch die schlussunfähige Cardia führte; die beständige Leere des Magens hatte das Zustandekommen einer Ektasie nicht zugelassen. **G. Sticker** (Köln).

21. E. Goldenhorn und S. Kolatschewsky. Zur Kasuistik und Therapie der Pylorusstenose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 51.)

Der seltene Fall von hochgradiger Verengerung des Pylorus durch ein vernarbendes Ulcus mit consecutiver bedeutender Magenerweiterung bei einem sehr

jugendlichen Individuum (15 Jahre alter Knabe). Polypöse Wucherungen der Schleimhaut im Umfang der Stenose hatten zu einem fast vollständigen Verschluss des Magenausganges geführt, so dass nach Scheiterung aller übrigen therapeutischen Versuche die Resektion des Pylorus allein noch Rettung versprach. Die Operation hat völlige Heilung zur Folge gehabt, in so fern die bereits am 6. Tage eingeleitete (vor der Operation durchaus unmögliche) Ernährung per os sich als möglich erwies und zur schnellen Zunahme des Körpergewichtes und der Kräfte führte.

G. Sticker (Köln).

22. **Gelpke** (Gelterkinden). Incarceratio interna. — Laparotomie. — Regulini'sches Quecksilber.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 2.)

G. kommt an der Hand von 4 Fällen innerer Einklemmung, von denen zwei operativ — einer mit, einer ohne Erfolg — und zwei medikamentös mit regulinischem Quecksilber — beide mit Erfolg — behandelt wurden, zu folgenden Schlüssen:

1) Das regulinische Quecksilber scheint ein sehr wirksames Mittel in Zuständen von Darmverschluss.

2) Dasselbe scheint völlig indifferent für den menschlichen Organismus zu sein, wenn es nicht durch besondere Umstände lange Zeit im Darm zurückgehalten wird. (Letzteres war der Fall bei dem einen der Kranken, bei welchem nach Verabreichung von 4 Theelöffel Quecksilber mehr als 12 Wochen lang Quecksilber mit dem Stuhl entleert wurde und der Urin Quecksilberreaktion zeigte; hier stellten sich auch nicht unbedenkliche Zeichen von Quecksilberintoxikation ein, bestehend in hochgradiger Abmagerung, psychischer Aufregung, Haarschwund, mäßiger Stomatitis, während der andere Pat. nie die leiseste Spur von Merkurialismus zeigte.)

3) Bei Anwesenheit einer Hernie empfiehlt es sich in der Regel, den Bauchschnitt von der Bruchpforte ausgehen zu lassen.

4) Es dürfte sich empfehlen, in Rücksicht auf die unsicheren und wenig glänzenden Resultate der Laparotomie im Allgemeinen nicht vor dem 4.—6. Tage zu operiren und vorerst andere Mittel, vor Allem Hg, anzuwenden.

A. Freudenberg (Berlin).

23. **Philipowitsch.** Gebrauch des Thymol bei Schwindsüchtigen.

(Wratsch 1888. No. 48 u. 49.)

Verf. gab bis zu 0,15 stündlich in Gelatinekapseln. Es traten keine üblen Zufälle ein, und das Mittel erschien mehrfach sehr nützlich in Fällen von tuberkulösen Darmgeschwüren. Während Hämoptoe wurde das Mittel ohne Schaden weiter gebraucht.

F. A. Hoffmann (Leipzig).

24. **Hurry Fenwick.** The value of inspecting the orifices of the ureters by electric light in the diagnosis of »symptomless« haematuria and pyuria.

(Brit. med. journ. 1888. No. 1433. p. 1268.)

In 3 Fällen von Hämaturie konnte mittels des Elektro-Endoskops gesehen werden, wie das Blut aus dem einen Ureter in die Blase einströmte.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

25. **A. Hoffmann.** Klinische Beiträge zur Kenntnis der Halbseitenläsion des Rückenmarks und der Spinalapoplexie.

(Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 22 u. 23.)

H. beschreibt 2 Fälle aus der Strümpell'schen Klinik, in welchen es sich offenbar um Rückenmarksblutungen gehandelt hat, die zu nahezu typischen Bildern der Brown-Séquard'schen Lähmung führten. In beiden Fällen bestand Lähmung der einen Seite, motorische Reizerscheinungen traten nach längerer Zeit in der gelähmten Extremität auf, Mitbewegungen im Fußgelenk wurden beobachtet, Stö-

rung der verschiedenen Sensibilitätsarten (mit Ausnahme des Muskelsinnes) auf der der verletzten Seite gegenüberliegenden Hälfte des Körpers. Besonders gut ausgeprägt war in beiden Fällen die perverse Temperaturempfindung.

Was das Verhalten der Sehnenreflexe anlangt, so waren dieselben im Anfang, kurz nach der Verletzung nicht erhöht, erst nach mehreren Wochen ließ sich auf der gelähmten Seite eine Steigerung nachweisen, während auf der der Verletzung entgegengesetzten Seite die Sehnenreflexe vorhanden, aber nicht gesteigert waren. Die objektive Temperatur war auf der gelähmten Seite stets um 0,3—0,5 erhöht. Störungen der Harn- und Stuhlentleerung waren vorhanden, aber nicht von langer Dauer.

Bei beiden Kranken trat eine schnelle Besserung der motorischen Störungen ein.

Seifert (Würzburg).

26. **Stintzing.** Über hereditäre Ataxie.

(Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 21.)

S. stellte im ärztlichen Verein zu München zwei Kinder (13 und 15 Jahre alt) vor mit echter Friedreich'scher Tabes. Wenn auch die Eltern vollkommen gesund waren und auch in weiterer Ascendenz nicht die geringste Disposition zu irgend einer Erkrankung gefunden werden konnte, so war eine neuropathische Veranlagung doch bei allen Kindern (6 an der Zahl) vorhanden.

Für die Annahme einer hereditären Ataxie bei den zwei vorgestellten Kindern sprach: das mehrfache Vorkommen in einer Familie (eine ältere Schwester ist gelähmt, ein verstorbener Bruder soll an der gleichen Krankheit gelitten haben, 2 andere Geschwister sind anderweitig neuropathisch), die frühzeitige Entstehung, die an den Unterextremitäten beginnende und bald auf die Oberextremitäten übergreifende Ataxie ohne Lähmung, das Fehlen der Sehnenreflexe, die in jeder Hinsicht intakte Sensibilität. Ein Symptom fehlte, nämlich die ataktische Sprachstörung. Bei dem einen Kinde war auffallend die konstante Beschleunigung der Herzaktion. Von Interesse ist auch noch, dass das Leiden nicht zur Pubertätszeit, sondern schon viel früher seinen Anfang nahm. **Seifert** (Würzburg).

27. **G. Werdnig** (Graz). Ein Fall von disseminirter Sklerose des Rückenmarks, verbunden mit sekundären Degenerationen.

(Med. Jahrbücher 1888. Hft. 7.)

56jähriger Tischler hatte vor 4 Jahren öfters apoplektiforme Anfälle und zeigte mehrmals Incontinentia urinae. Vor $1^1/_2$ Jahren begannen Schmerzen in den Zehen, sodann in den Beinen, an dem Bauch, in den Schultern und den Armen. Zugleich wurden die Beine schwächer und zuckten öfters. Die Untersuchung ergab totale schlaffe Lähmung und Anästhesie der Unterextremitäten, beträchtliche Steigerung der Kniephänomene, Sphincterenlähmung, Decubitus, Schwäche der Arme. Die linke Körperseite war früher und stärker erkrankt als die rechte.

Das Rückenmark zeigt disseminirte sklerotische Herde, von denen das Gehirn völlig frei ist. Das Interessante des Falles liegt nun in den sekundären Degenerationen. Dieselben schließen sich an besonders massenhaft im unteren Cervikalmark und im Dorsalmark vorkommende Herde an, in denen die Achsencylinder beinahe völlig fehlen. Die aufsteigenden Degenerationen, welche die Goll'schen und Kleinhirnseitenstränge betreffen, zeigen sich in der Höhe des 3. und 4. Cervikalnerven, während die Seitenstrangsdegeneration in der Höhe des 3. Dorsalnerven beginnt.

J. Ruhemann (Berlin).

28. **Souques.** Note sur un cas d'hémiplégie hystérique chez un saturnin.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 2.)

Ein 47jähriger Bleiarbeiter, der seit seinem 18. Lebensjahre an Anfällen von Bleikolik gelitten, fiel im December 1887 von einer Leiter herab, konnte jedoch danach aufstehen und ohne Beschwerden gehen. Einige Zeit darauf bemerkte er leichte Gehstörungen, Unfähigkeit mit dem linken Arm einen Stuhl aufzuheben, und Schwerbeweglichkeit des linken Beines. Nach ca. 5 Tagen hatte sich eine

linksseitige Hemiplegie ausgebildet. Die allgemeine Sensibilität ist erloschen; Anästhesie auf Berührung, Temperatur und Schmerz. Diese Anästhesie ist tiefgehend. Muskelgefühl ist aufgehoben. Links bestehen Gehör- und Sehstörungen, eben so im Bereiche des Geruchs, ferner Dyschromatopsie, koncentrische Beschränkung des Gesichtsfeldes, Anästhesie der Zunge und des Pharynx; der Geschmack ist verloren. Nirgends an der Körperoberfläche ist Hyperästhesie. Krämpfe waren nie vorhanden, Störungen in der Bewegung sind nicht so deutlich. Das Gesicht ist nicht betheiligt. Links ist die grobe Muskelkraft der Hand sehr herabgesetzt. Patellareflexe normal; keine deutliche Muskelatrophie. Beim Gehen wird das linke Bein nachgeschleppt, der Rumpf leicht nach rechts geneigt. In Herz und Lungen etc. nichts Abnormes. Zähne meist ausgefallen; die noch vorhandenen mit Zahnstein bedeckt; Zahnfleisch entzündet, mit Bleisaum. Von den oberen Zähnen ist nur einer noch vorhanden, mit Bleisaum versehen. Allgemeinzustand, Appetit gut; Gesicht etwas blass. Intelligenz ist schwach.

Die geschilderten Erscheinungen deuten auf Bleivergiftung vergesellschaftet mit Hysterie; hysterische Hemiplegie auf toxischer Basis.

G. Meyer (Berlin).

29. **H. C. Wood** (Pennsylvania). A case of arsenical neuritis.

(Med. news 1888. December 29.)

Nach Genuss arsenhaltigen Rattengiftes traten bei einer 25jährigen Frau heftige Intestinalerscheinungen und einige Tage später Bläscheneruptionen auf, welche Geschwüre auf dem ganzen Körper hinterließen. Nach deren Abheilung war die Haut rauh und schuppig. Später zeigten sich beträchtliche Abmagerung, Amenorrhoe, neuralgische Schmerzen in den Beinen, Parästhesien und Schwäche in den Extremitäten, vasomotorische und trophische Erscheinungen (Kälte, gesteigertes Haarwachsthum) an den Unterextremitäten. An Armen und Beinen ergab die elektrische Prüfung qualitative und quantitative Veränderungen der Muskelerregbarkeit. Behandlung mit dem konstanten Strom, Strychnin, Jodkali führte langsam zur völligen Heilung. **J. Ruhemann** (Berlin).

30. **G. A. Gibson.** Strychnine as an antidote in narcotic poisoning.

(Practitioner 1888. December.)

G. benutzt die energisch erregende Wirkung des Strychnins auf das Rückenmark und verlängerte Mark, um die daselbst befindlichen lebenswichtigen Centren der Athmung und des Blutdrucks in Erregung zu erhalten, da bei den Vergiftungen durch narkotische Gifte eine tödliche Lähmung dieser Centren bewirkt wird. Nachdem G. die Hauptgrundsätze, nach welchen bei der Behandlung einer Vergiftung zu verfahren ist, aus einander gesetzt hat, empfiehlt er, sobald irgend ein Zeichen von beginnender Insufficienz der Athmung sich bemerkbar machen sollte, die sofortige subkutane Injektion von $^1/_{100}$—$^1/_{50}$ Gran Strychninsulfat = 0,0006 bis 0,0012 g. In einem Falle von Chloroformvergiftung durch Trinken von Chloroform sah G. durch diese Behandlungsweise eine Aufbesserung der Respiration.

(Diese Anwendung des Strychnins gegen Vergiftungen durch Glieder der Alkohol- und Chloroformgruppe ist übrigens durchaus nicht neu, sondern bereits schon lange und öfters in der französischen medicinischen Litteratur behandelt worden. Ref.) **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

31. **O. A. Fliesburg.** Poisoning by Santonin.

(Northwestern Lancet 1888. Oktober 15.)

Diese tödlich verlaufene Santoninvergiftung war bei einem schwächlichen 2jährigen Mädchen durch die irrthümliche Verabreichung ungewöhnlich starker Santoninplätzchen (im Ganzen zwischen 8—9 cg) zu Stande gekommen. Eine Stunde nach Einnahme der letzten Dosis, nachdem im Laufe von 3 Stunden 9 cg eingenommen waren, bekam das Kind äußerst heftige Konvulsionen; als F. 2 Stunden später gerufen ward, fand er fortwährende Krämpfe in den Extremitäten, Tremor des ganzen Körpers, Strabismus convergens, dilatirte Pupillen, beschleunigte Respiration, frequenten und schwachen Puls, die Augen eingesunken, ängstlichen

Gesichtsausdruck, Cyanose im Gesicht und am ganzen Körper, kalte klebrige Haut, sehr starken Tympanites, Anurie und Unfähigkeit sich zu bewegen oder zu sprechen. Trotz der therapeutischen Maßregeln (alkoholische und andere Reizmittel, Einwicklung in feuchtwarme Tücher) starb das Kind, 17 Stunden nachdem die ersten Konvulsionen aufgetreten waren, in komatösem Zustand. Der noch kurz vor dem Tode entleerte Urin hatte die dunkle safrangelbe Farbe des Santoninharns. Ob Gelbsehen vorhanden war, ließ sich nicht ermitteln.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

32. **Felsenburg.** Die lokale Anwendung von Hydrastis canadensis.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 48. p. 1525.)

Die adstringirende und zugleich auch schwach lokal anästhesirende Wirkung des Hydrastin veranlasste den Verf., die lokale Applikation des Fluidextraktes von Hydrastis zu versuchen bei Fällen mit chronischer Pharyngitis, die zum Theil mit hochgradiger Tonsillenhypertrophie verbunden waren. Stets war nach mehrtägiger Bepinselung der kranken Schleimhaut eine deutliche Abnahme der Röthung und Abschwellung der erkrankten Partien zu konstatiren; die subjektiven Beschwerden ließen auffallend rasch nach; die Pat. gewöhnen sich sehr leicht an den bitteren Geschmack.

Prior (Bonn).

33. **Juffinger.** Tuberkulose der Nasenschleimhaut.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 49. p. 1562.)

Im Frühjahr beobachtete J. eine Pat., bei welcher nur eine leichte Anschwellung der rechten Nasenhälfte bestand. Schon im August fand man einen vom Septum ausgehenden Tumor, der die rechte Nasenhöhle gegen Luftzutritt vollkommen versperrte. Der Tumor kehrte trotz zweimaliger Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge und Ätzung der Basis mit Milchsäure in kurzer Zeit immer wieder. Der Tumor sitzt deutlich am Septum und am Boden der Nasenhöhle fest; im rhinoskopischen Bilde ist kein Tumor zu sehen. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedes Mal zahlreiche Tuberkelbacillen.

Prior (Bonn).

34. **A. Epstein.** Über einen klinisch beobachteten Fall von Situs viscerum inversus lateralis bei einem 6jährigen Knaben.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIX. Hft. 2.)

Beim Situs viscerum inversus lateralis findet man die Organe so gelagert, wie sie ein »Spiegelbild« zeigen würde, auch die Organe selbst zeigen in ihrer Form den Typus inversus, funktioniren aber im Übrigen normal. Über die Entstehung des Situs inversus liegen bis jetzt nur Hypothesen vor, von denen die von v. Bär und Förster auf der Annahme einer abnormen Drehung des Embryo basiren, während Küchenmeister sich einen Situs inversus dann zu Stande kommen denkt, wenn sich zwei Individuen durch Theilung eines Keimes entwickeln. Beweise lassen sich für keine Annahme beibringen. Verf. bereichert die spärliche Zahl der in vivo konstatirten Fälle — von 150 Fällen, die Küchenmeister zusammengestellt hat, sind die meisten zufällige Sektionsbefunde — um einen weiteren, sicher diagnosticirten Fall. Es handelt sich um einen 6jährigen Knaben, bei dem die Abnormität bei Gelegenheit der Behandlung eines impetiginösen Ekzems zufällig konstatirt wurde. Die Diagnose stützte sich auf den Nachweis, dass Herz und Milz rechts, der Magen mit dem Pylorus nach links gelagert waren, während die Leber unter dem linken Rippenrand zu palpiren war. Der Knabe war im Übrigen normal gebaut und zeigte niemals irgend welche funktionelle Störungen.

Rockwitz (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. Sonnabend, den 15. Juni. 1889.

Über die antibacilläre Kraft des Perubalsams.

Von

W. Bräutigam und E. Nowack.

Landerer's überraschende Erfolge der Behandlung tuberkulöser Processe mit Bals. peruvianum regten die Verff. an, durch eine Reihe von Versuchen festzustellen, welche Wirkung verschiedene Koncentrationen von Perubalsam gegen Reinkulturen von Mikroorganismen ausüben.

Zuerst wurde gegenüber den zahlreichen Verfälschungen auf die Echtheit des Präparates Werth gelegt und eine strenge Prüfung nach den Angaben der Pharmacopoe vorgenommen, sodann nach den Angaben Landerer's eine $33\frac{1}{3}\%$ige Mutteremulsion bereitet, deren

einzelne Kügelchen, mikroskopisch betrachtet, die Größe eines Blutkörperchens nicht übertrafen. Nach Neutralisation und Sterilisirung vertheilte man sie in Reagensgläser mit je 5 g einer schwach alkalisch reagirenden, sterilisirten noch heiß-flüssigen Nährgelatine, derart, dass eine Stufenfolge von 2-, 4-, 6-, 8- und 10%iger Perubalsamgelatine entstand. Tüchtig geschüttelt und auf Eis rasch zum Erstarren gebracht, standen die Gläser zum Impfen bereit.

Die Kulturen, die zur Verwerthung gelangten und die wir der Güte des Herrn Prof. Neelsen verdanken, waren:

1) grüner Eiter,
2) Milzbrand,
3) Cholera,
4) rother Kieler,
5) Subtilis.

Alle zeichneten sich aus durch ihre leichte Erkennbarkeit, entweder in Folge ihrer Farbe, oder weil sie Nährgelatine verflüssigten. Solche Reinkulturen zu wählen, erschien um so rathsamer, als ja die Gelatine durch den Zusatz der milchweißen Emulsion völlig undurchsichtig wird und daher sowohl Stich- als Strichkulturen nach Wachsthum und Tenacität nur schwer und unsicher zu beurtheilen gewesen wären.

Hatten wir nun Anfangs aus den Erfahrungen der Krätzebehandlung mit Perubalsam auf eine größere antibacilläre Kraft geschlossen, so zeigte die ungeschwächte und rasche Entwicklung sämmtlicher Kulturen im Reagensglas, wie falsch wir gefolgert; ja selbst ein Zusatz von 15 und 20% Perubalsam zur normalen Nährgelatine vermochte außer einer sehr geringen Wachsthumsverlangsamung weder eine Entfärbung der Kulturen zu bewirken, noch die Verflüssigungskraft zu beeinflussen. Auch ließ die am Ende jeder Versuchsreihe ausgeführte Überimpfung auf reine Nährgelatine in jedem einzelnen Falle die Reinkultur typisch nach Entwicklungsform und mikroskopischem Befund wieder erstehen.

Ein noch höheres Procentverhältnis von Nährgelatine und Perubalsam zu verwenden erschien uns aus mancherlei Gründen unzuträglich, einmal weil dadurch die Zusammensetzung des Nährbodens allzu sehr gestört wurde, sodann weil es nicht gelingt, bei einer so hohen Koncentration den Perubalsam bis zum Erstarren der Gelatine in Suspension zu erhalten, beim Schütteln in Eiwasser aber Luftblasen so zahlreich entstehen, dass ein exaktes Impfen vereitelt wird, drittens aber und vornehmlich, weil man im lebenden Organismus nie ähnliche Verhältnisse wird herstellen können.

So beweisen schon diese Versuche in voller Schärfe, dass die therapeutische Wirkung der intravenösen und intrapulmonalen Injektionen von Perubalsam nicht auf eine antibacilläre Kraft dieses Mittels zurückgeführt werden darf, vielmehr die erzielten günstigen Erfolge in einer durch die Emulsion angeregten »aseptischen Entzündung« (Landerer) beruhen, oder aber in der Vernichtung gewisser Pto-

mainewirkungen, so zwar, dass das umgebende Gewebe trotz der Eindringlinge lebenskräftiger bliebe; und während sonst die angrenzenden Zellen, durch jene Ptomaine geschwächt, für jede erneute Aussaat von Mikroorganismen einen gut vorbereiteten Nährboden gaben, nunmehr der unverletzte Körper rascher und kräftiger die Abwehr einzuleiten vermag. Damit würde vor Allem auch die gerühmte und von uns selbst beobachtete günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens erklärt werden.

Zuletzt versuchten wir noch die Wirkung des reinen Perubalsams. Ein Tropfen desselben wurde zwischen zwei sterilisirte Uhrschälchen gebracht und in ihm mit sterilisirten Platinnadeln geringe Mengen der genannten Kulturen verrieben. Nach 24 Stunden wurden aus jedem Uhrschälchen drei Strich- und Stichkulturen auf reiner Nährgelatine angelegt. Sämmtliche Impfungen ergaben dabei ein negatives Resultat.

Das Ergebnis unserer Versuche lautet also folgendermaßen:

1) Reiner Perubalsam vermag Mikroorganismen binnen 24 Stunden zu vernichten.

2) In Emulsion entbehrt er bis zu einer Koncentration von 20% jeder specifischen Wirkung auf Entwicklung und Wachsthum jener Kulturen.

3) Die erzielten günstigen Erfolge der Perubalsambehandlung sind vielleicht am besten auf eine Vernichtung der Ptomainewirkung zurückzuführen.

(Die Versuche über diesen letzten Punkt werden fortgesetzt.)

---

1. **N. Rogowitch.** Sur les effets de l'ablation du corps thyroïde chez les animaux.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 4. Serie. Bd. II. p. 419.)

R. meint, dass die Schilddrüse dazu diene, ein vermuthlich dem Stoffwechsel entstammendes Gift, ein Nervengift, zu neutralisiren. Seine Exstirpationsversuche sind zumeist an Hunden, zum geringeren Theil auch an Katzen und Kaninchen angestellt. Letztere blieben, wie dies auch andere Autoren sahen, gesund. Von 36 Hunden erkrankten und starben alle bis auf 3, die niemals Krankheitserscheinungen gezeigt hatten. Auch solche Hunde gingen zu Grunde, denen die beiden Drüsenhälften zu verschiedenen Zeiten exstirpirt wurden. Eben so erkrankten und starben die operirten Katzen.

Die Krankheitserscheinungen waren folgende: Am 3.—4. Tage nach der Operation macht sich Zittern, Anspannung der Muskeln, schwankender paretischer Gang bemerklich. Dabei besteht ein apathischer Zustand, der durch anfallsweise auftretende, entweder mehr lokal bleibende und dann wesentlich die Zunge und das Auge, die Kau- und Athmungsmuskeln betheiligende, oder aber bis zum allgemeinen Tetanus sich steigernde Krämpfe unterbrochen wird. Wäh-

rend dieser Krampfanfälle, die einander mit kurzen Intervallen folgen können, ist der Puls erheblich verlangsamt, die Athmung erschwert, die Körpertemperatur gesteigert.

Außer diesen Erscheinungen finden sich Parästhesien, in heftigem Jucken sich äußernd; die Schmerzempfindlichkeit der Haut ist herabgesetzt; die Sehnenreflexe sind Anfangs vermindert, später gänzlich aufgehoben. Die Nahrungsaufnahme ist sehr verringert. Der Tod erfolgt schon im ersten Krampfanfall oder später, nachdem zuvor die Erregungserscheinungen einer tiefen Depression gewichen sind. Sind einmal Krankheitssymptome aufgetreten, so ist eine Wiederherstellung nicht mehr möglich; die wenigen Thiere, die mit dem Leben davon kamen, blieben durchweg völlig gesund.

Aus den geschilderten Symptomen gewann R. den Eindruck einer besonders die nervösen Centralorgane betheiligenden Intoxikation. Dieser Annahme entspricht, wie er glaubt, auch die anatomische Veränderung, die er in diesen Organen nachweisen konnte. In der Hirnrinde und in gewissen Kernen der M. oblongata nämlich zeigten sich neben vermehrter Blutfülle (besonders in den Venen und Kapillaren) und Auswanderung und Anhäufung von Leukocyten, deutliche Anzeichen von Degeneration der Ganglienzellen (trübe Schwellung, körniger Zerfall, Vacuolenbildung). Ähnliche, aber geringere Veränderungen bot das Rückenmark dar, so dass R. nicht ansteht, die Affektion als eine Encephalomeningitis parenchymatosa zu bezeichnen.

Ferner fand R. deutliche Veränderungen in der Hypophysis cerebri, die er als durch den Ausfall der Schilddrüse hervorgerufene Kompensationserscheinungen auffasst. Diese bestanden in einer Mehrbildung von Kolloidsubstanz, indem eine viel größere Zahl von Zellen mit kolloider Umwandlung ihres Inhaltes vorhanden war, wie normalerweise.

R. glaubt, dass die Kolloidsubstanz der Schilddrüse zur Neutralisation der erwähnten »schädlichen Substanz« dient. Fällt die Schilddrüse fort und tritt die kompensatorische Kolloidbildung in der Hypophysis nicht schnell oder nicht intensiv genug ein, so gehen die Thiere zu Grunde — und das ist bei Hunden und Katzen meistens der Fall. Beim Kaninchen ist die Hypophyse im Verhältnis zur Thyreoidea weit mächtiger entwickelt, desshalb übersteht dieses Thier die Fortnahme der letzteren.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. M. E. G. Schrader. Zur Physiologie des Vogelgehirns.

(Pflüger's Archiv Bd. XLIV. p. 175.)

Den zahlreichen vorhandenen Schilderungen des Verhaltens entgroßhirnter Tauben reiht sich die vorliegende an; sie ist nicht überflüssig, da über wesentliche Dinge bislang noch Meinungsverschiedenheiten bestehen. Die totale Fortnahme des großen Gehirns wurde durch die Autopsie bestätigt; das Mittelhirn (einschließlich der

Sehhügel) blieb unversehrt. Nach Ablauf der Hemmungserscheinungen (am 3.—4. Tage), unter denen der von früheren Beobachtern oft erwähnte schlafähnliche Zustand hervorzuheben ist, stellte sich ein lebhafter Trieb zum Umherwandern ein. Die Thiere vermieden dabei Hindernisse mit großer Sicherheit, hatten also ihren Gesichtssinn nicht verloren. Es ließ sich ferner darthun, dass sie auch den Tastsinn bewahrt hatten, und (durch den bekannten Longet'schen Zündhütchenversuch) dass sie auch auf Gehörseindrücke reagirten. Während der Nacht ruhten die Thiere; am Tage ließen sich ihre Bewegungen schon durch geringfügige Einwirkungen hemmen.

Die Bewegungen waren nicht immer ziellos; die Thiere flogen zuweilen, besonders um unsicheren Situationen zu entgehen, auf bestimmte Stellen zu und ließen sich dort nieder. Dennoch machte ihr Treiben den Eindruck eines maschinenmäßigen, mit vorauszubestimmender Regelmäßigkeit ablaufenden.

Die Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme hatten die Thiere eingebüßt; S. meint, dass dieser Verlust auf einer wahrscheinlich nur als Hemmungserscheinung zu deutenden Störung in der motorischen Innervation beruhe.

Sexuelle Äußerungen waren nicht oder nur spurweise nachweisbar; die Thiere waren gleichgültig geworden gegen das andere Geschlecht. Interesse für die Jungen war nicht mehr vorhanden; auch die Furcht vor dem Menschen, vor Raubvögeln und Katzen war verschwunden. »Das entgroßhirnte Thier, sagt der Verf., bewegt sich in einer Welt von Körpern, deren Lagerung im Raum, Größe und Gestalt die Form seiner Bewegungen bestimmen, die aber unter sich im Verhältnis zu dem Thiere sämmtlich vollkommen gleichwerthig sind.«

Im Anhang giebt S. einen Bericht über Beobachtungen, die er an geblendeten Tauben und Hühnern angestellt hat. Die Thiere unterschieden sich merklich von solchen, die ihr Großhirn eingebüßt hatten, zeigten aber doch auch manche diesen ähnliche Erscheinungen, so dass hier die nahen Beziehungen der Sinnesempfindung zur Gehirnfunktion recht deutlich hervortraten.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. G. **Anton.** Zur Anatomie des Hydrocephalus und des Gehirndruckes. (4 Tafeln.) (Psychiatrische Klinik des Prof. Meynert in Wien.)

(Med. Jahrbücher 1888. Hft. 4.)

Den anatomischen Verhältnissen zufolge stellt sich die Cerebrospinalflüssigkeit mit ihrer Vertheilung, ihren Verschiebungen und Druckschwankungen (wenigstens beim Menschen, wo die Kommunikation des Ventrikelsystems mit dem Arachnoidealsack vom 4. Ventrikel aus durch das Foramen Magendie über allen Zweifel sicher

steht) als ein ziemlich einheitlicher Faktor für die Ernährung des gesammten Nervensystems dar, zum Unterschiede von den Blutbahnen, welche an der Peripherie, im Rückenmark, im Hirnstamm, im Hirnmantel nach ganz verschiedenen Principien vertheilt sind und von verschiedenen Gefäßbezirken gespeist werden. Verf. legt sich die Frage vor, welche Schädigung das Gehirn des Menschen bei Störungen der Cirkulation des Liquor cerebrospinalis in der Schädelhöhle und insonderheit bei jener Störung, welche mit dem Sammelnamen Hydrocephalie bezeichnet wird, erleidet und wie diese Schädigungen zu Stande kommen.

Er sucht die Frage an drei hydrocephalischen Kindergehirnen durch genaue anatomische Untersuchung zu beantworten. Seine Befunde fasst er dahin zusammen, dass

1) bei Hydrocephalie durch Retention des Liquor cerebrospinalis die Großhirnhöhlen zum größten Theile auf Kosten der Marksubstanz der Hemisphären sich erweitern, dass die Marksubstanz dabei sowohl dem Kaliber als der Zahl der Fasern nach atrophirt, derart, dass die Atrophie am meisten das Fasersystem des Corpus callosum betrifft.

Die Markzone des Gehirnmantels, führt A. aus, ist nicht dem Drucke besonders exponirt. Dass ihre Ernährung am frühesten gestört ist, scheint auf der bekannten Gefäßvertheilung im Großhirne (Duret und Heubner) zu beruhen.

2) Die Reduktion der Hemisphärenwand war in allen untersuchten Fällen am bedeutendsten in der Scheitelgegend und den vorderen Partien des Schläfelappens, also in der vertikalen Achse.

3) Die Gehirnrinde büßt an Volumen viel weniger ein und behält ihre Struktur längere Zeit. Die großen Ganglienzellen scheinen abnorm lange ihre embryonale runde Form beizubehalten; der Markumhüllungsprocess der intracorticalen Nervenfasern erscheint verzögert. Daselbst war keinerlei Proliferationsprocess nachweisbar, sondern nur Stauung und einfache Atrophie.

4) Die Gefäße waren im mittleren Füllungszustande, die perivasculären Räume gleichmäßig und sehr bedeutend erweitert; ihr Zusammenhang mit dem Subarachnoidealraume war deutlich nachweisbar.

5) Die Pyramidenbahnen waren in den darauf hin untersuchten Fällen stark reducirt; der Schwund dieses Fasersystems betraf auch das Rückenmark. Wahrscheinlich hatte diese Atrophie begonnen, ehe noch die Entwicklung der Markscheiden sich vollzog.

6) Die Ependymwand und das Stroma sind sehr gefäßreich und fast allerorts verdickt. Die dabei auftretenden Taschen beruhen auf Abspaltung eines Theiles der Ependymschicht. Jene Zunahme des Ependyms geht einher mit bedeutender Atrophie der nächsten Marksubstanz (!).

Dies erklärt sich daraus, dass, wie Kundrat zeigt, das Ependym der Seitenventrikel seine eigenen Gefäße besitzt, die mit den Ge-

fäßen der Tela chorioidea zusammenhängen und nächstdem noch eine angrenzende Schicht Marksubstanz versorgen, wie man bei Untersuchung natürlich injicirter Kinderhirne mikroskopisch und schon makroskopisch sieht.

Im Verfolg seiner Abhandlung erörtert Verf. an Krankheitsfällen den Zusammenhang zwischen den Residuen einer früher abgelaufenen hydrocephalischen Erkrankung mit neuerlichen Störungen im späteren Leben, auf den besonders Meynert bei Idioten, Epileptikern und originär Verrückten aufmerksam macht. Nach den früheren Untersuchungen Meynert's ist das Vorkommen des Hydrocephalus im Gehirn von Geisteskranken viel häufiger als die Zahl der mit Kennzeichen desselben versehenen Irrenschädel erschließen lässt; er fand unter 719 Gehirnen von Irren 306mal und jüngst bei weiteren 450 Gehirnen in 168 Fällen chronischen Hydrocephalus oder die Residuen einer vielleicht kongenital abgelaufenen Hydrocephalie in Gestalt von Verwachsungen der Ventrikelwandung. Weitere Ausführungen siehe in der Arbeit selbst. **G. Sticker** (Berlin).

---

4. **A. Adamkiewicz** (Krakau). Über Gehirn- und Rückenmarkskompression beim Menschen.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 41—43.)

A. glaubt experimentell erwiesen zu haben, dass die alte Lehre vom »Hirndrucke«, von der erhöhten Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit haltlos sei, dass vielmehr bei Kompression auf das Gehirngewebe aus demselben Gewebsflüssigkeit heraus und durch die subarachnoidalen Räume in die Gefäße des Halses gepresst werde, das Gehirnvolumen sich an der gedrückten Stelle durch Aneinanderrücken der Gewebselemente bei Offenbleiben, ja Erweiterung der Blutgefäße verkleinere. Letzteres Moment erkläre das Intaktbleiben und Funktioniren der gedrückten Hirnpartie bei leichten (latenten, mindestgradigen) Kompressionen. Höhere (3.) Grade der Kompression sind jedem anderen, Gehirntheile vernichtenden Trauma gleichzusetzen. Zwischen beiden liegende Kompressionsgrade (2. Grades) haben in unregelmäßigen Anfällen auftretende kontralaterale, klonische Zuckungen gewisser von Facialis und beiden Extremitätenplexus versorgter Muskeln (Hemiklonus, Bewusstsein erhalten) zur Folge, und diese Muskeln werden bei zunehmendem Drucke gelähmt, eine vor A.'s Versuchen als den Thieren nicht zukommend angesehene Form der Hemiplegie. Mit der Kompressionshemiplegie verbunden ist Spasmus der gelähmten Muskulatur mit Steigerung der Sehnenreflexe und darauf folgende »posthemiplegische Paraplegie« und Tremor.

A. hat bei einem von Mikulicz operirten Falle eines myelogenen Sarkoms der Schädeldecke Kompressionsversuche auf das nur von der Dura überzogene Gehirn gemacht und gefunden, dass Kompression 1. Grades keine Symptome machte, eine wegen Blutung erfolgte stärkere Kompression den bei Thieren erzeugten ähnliche

Anfälle von linksseitigem hemispastischen Krampfe (Facialis frei) hervorrief. Die Sektion ließ annehmen, dass die Krämpfe durch Abplattung (Wirkung des Druckes) einer das obere Drittel der vorderen Centralwindung und den Anfang der 1. Stirnwindung umfassenden Partie der rechten Hemisphäre bedingt waren.

Auch bezüglich der Rückenmarkskompressionen glaubt A. (durch Einbringen von Laminariastiften zwischen Wirbelsäule und Dura spinalis) gezeigt zu haben, dass dieselben von stärkeren, der Quetschung gleichzusetzenden Graden abgesehen, das Rückenmark nicht blutleer machen oder entzünden. Darum entstehen Kompressionsmyelitiden so selten in Folge langsam wachsender Geschwülste, immer bei raschem und gewaltsamem Drucke und gleichzeitigem anderweitigem Reize. Für den mittleren (2.) Kompressionsgrad sei die Wiederherstellung der Rückenmarksfunktion bei Wegfall des Druckes charakteristisch. Zum Belege dient die Krankengeschichte eines ohne Zeichen von Caries (Schmerz an den Wirbeln) verlaufenden Falles von kypho-skoliotischer Krümmung der unteren Hals- und oberen Brustwirbelsäule mit nach 9monatlichem Verlaufe eingetretener Paraplegie, bei intakter Sensibilität, vorhandenem Fußphänomen, jedoch Fehlen von anderweitigen erhöhten Reflexen, von Spontankontrakturen oder unwillkürlichen Bewegungen, von Decubitus, Atrophie, Blasen- oder Mastdarmlähmung. Daher wäre Myelitis auszuschließen und — da Kompressionen 1. Grades symptomlos seien — Kompression 2. Grades anzunehmen gewesen. In der That besserte sich bei dem 15jährigen Mädchen die Beweglichkeit der Beine sofort, als die Kranke behufs Streckung der Wirbelsäule so an den Achseln in Gurten eingehängt wurde, dass die Körperschwere die Wirbelsäule gerade bog. Wesentliche dauernde Besserung nach 3monatlicher Behandlung nach dieser Methode. Es kann also das Rückenmark des Menschen durch einfache Kompression derart leiden, dass es die Fähigkeit, die Willensimpulse zu leiten, verliert und — von dem Drucke befreit — wieder erwirbt.

K. Bettelheim (Wien).

---

5. **E. Coen** e **G. D'Ajutolo.** Sulle alterazioni istologiche dei reni, dei muscoli, dello stomacho, degl. intestini e del fegato nell' avvelenamento cronico da piombo.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. III. Hft. 5. p. 450.)

Durch Experimente an Kaninchen, welchen längere Zeit hindurch Blei in kleinen Dosen (0,30 Plumb. aceticum pro die) einverleibt wurde, gelangten die Verff. zu folgenden Resultaten: In den Nieren entwickelt sich nach einander parenchymatöse Nephritis, Glomerulitis mit hyaliner Degeneration der Gefäße, endlich interstitielle, plastische Nephritis. In den Muskeln tritt zuerst eine eigenthümliche Entartung der Muskelfasern auf, nicht in Form der gewöhnlichen fettigen Dege-

neration, sondern als eine »staubig-körnige, langsam verlaufende Nekrose, welche von einer vesikulären und manchmal colloiden Entartung des Kernes begleitet ist«. Dann erscheinen die Zeichen der interstitiellen Myositis und schließlich einer Bindegewebsneubildung, welche die Stelle der zerstörten Muskelfasern einnimmt. Diese Veränderungen sind nur herdweise zwischen gesunden Theilen vorhanden. Im Magen tritt eine bedeutende Proliferation der Epithelien der Drüsen und der Schleimhaut ein, ohne wesentliche degenerative Processe. Daneben herdweise Entzündung nur der kleinen Gefäße der Submucosa. Bedeutender ist dieser Entzündungsprocess im Darm. In der Leber findet sich zuerst staubig-körnige Degeneration des Protoplasma der Leberzellen, später interstitielle Bindegewebswucherung, namentlich in der Umgebung der Gallengänge. »Das Blei wirkt also zunächst schädlich auf die specifischen Elemente der Organe und bringt sie zur Degeneration. Dann wirkt es auf die Blutgefäße, erzeugt Entzündungsherde und schließlich Bindegewebsneubildung.« F. Neelsen (Dresden).

---

6. **D. N. Paton.** The systematic examination of the urine for proteids, with a simple method for the quantitative determination of serum albumin and serum globulin.

(Edinb. med. journ. 1888. December.)

Zur Trennung und quantitativen Bestimmung der verschiedenen Eiweißkörper im Urin verfährt Verf. folgendermaßen: Der Urin wird »in gewöhnlicher Weise leicht angesäuert (Essigsäure) und gekocht« (bei uns macht man es in der Regel umgekehrt, Ref.); der etwa sich bildende Niederschlag besteht dann aus Serumalbumin und Serumglobulin (Globulin schlechtweg, auch Paraglobulin genannt). Die vom Niederschlage heiß abfiltrirte Lösung kann nun noch »Albumose« (Hemialbumose, Propepton) enthalten, welche durch Erwärmen auf 60—65° C. ausgefällt, aber durch stärkere Hitze wieder gelöst werden kann; definitiv ausgefällt wird sie durch koncentrirte Salpetersäure oder durch Essigsäure und Kaliumferrocyanid. Zeigt sich durch diese Proben, dass keine Albumose im Urin vorhanden ist, so kann man sofort auf Pepton untersuchen; ist aber Albumose da, so muss sie erst entfernt werden. Zu diesem Zwecke setzt man zu dem ursprünglichen Harn schwefelsaures Ammoniak in solcher Menge, dass eine koncentrirte Lösung davon entsteht; hierdurch werden alle Eiweißsubstanzen (im weiteren Sinne) gefällt außer Pepton, welches im Filtrat nachgewiesen wird, indem man Pikrinsäure (z. B. auch in Form der Esbach'schen Lösung mit Citronensäure vermischt) hinzufügt — das Pepton wird dadurch als wolkiger Niederschlag ausgefällt, welcher in der Hitze sich löst und beim Erkalten wieder erscheint. Verf. zieht diese Art des Nachweises der bekannten »Biuretreaktion« vor.

Die Trennung von Albumin und Globulin geschieht nach

folgenden Principien: Macht man den ursprünglichen Harn mit einem Tropfen Kalilauge schwach alkalisch und setzt koncentrirte Lösung von schwefelsaurer Magnesia vorsichtig hinzu, so entsteht an der Berührungsstelle beider Flüssigkeiten ein ringförmiger Niederschlag — Globulin; dieses kann durch Sättigung des Urins mit der genannten Lösung vollständig ausgefällt werden. Der Harn darf aber durchaus nicht sauer reagiren, weil sonst das Albumin mitgefällt wird. Filtrirt man den im alkalisch gemachten Urin erzeugten Niederschlag ab, so kann man durch einfaches Ansäuern, wenn man will, auch noch durch Kochen, aus dem Filtrat das Albumin niederschlagen. Die Vergleichung der Mengen beider Niederschläge lässt einen annähernden Schluss auf den ursprünglichen Gehalt des Urins an beiden Körpern zu. Genauere Resultate aber erhält man bei Anwendung des Esbach'schen Reagens. Man nimmt 50 ccm des zu untersuchenden Harnes, macht mit Kalilauge schwach alkalisch und fügt, unter häufigem Umschütteln, schwefelsaure Magnesia in Pulverform hinzu, bis die Flüssigkeit damit gesättigt ist; man lässt das Ganze 24 Stunden lang an einem warmen Orte stehen — die gesammte im Harn enthaltene Globulinmenge ist dann ausgefallen. Nach Abfiltriren des Niederschlages wird der Rest in genau derselben Weise, wie sonst Urine, mit Esbach'scher Flüssigkeit versetzt und im Esbach'schen Albuminimeter der Niederschlag abgelesen, welcher jetzt natürlich nicht mehr aus Albumin und Globulin, sondern aus Albumin allein besteht. Da die Flüssigkeit bei der letzteren Procedur ein ziemlich hohes specifisches Gewicht hat, der Niederschlag also nur langsam ausfallen würde, muss man öfter umschütteln; immerhin thut man gut, etwa 5 Tage zu warten, um dem Niederschlage Zeit zum völligen Absetzen zu lassen.

Versetzt man nun den ursprünglichen Urin mit Esbach'scher Flüssigkeit, so kann man nach 24 Stunden in bekannter Weise den Totalgehalt an Eiweißsubstanzen ablesen. Behandelt man die nach Ausfällung des Globulins zurückbleibende Flüssigkeit nach Esbach, so liest man nach 5 Tagen den Gehalt an Albumin ab; durch Subtraktion der zweiten Zahl von der ersten bekommt man den Gehalt an Globulin. Verf. hat sich durch zahlreiche Versuche überzeugt, dass diese Methode die genaueste ist, und stellt weitere Mittheilungen in Aussicht, welche pathologisch-diagnostische Fragen betreffen.

Küssner (Halle).

---

7. **M. Orthenberger** (Frankfurt a/M.). Über Pneumoniekokken im Blute. (Aus dem Senkenberg'schen Institute zu Frankfurt a/M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 49 u. 50.)

Mehr und mehr bricht sich die Ansicht Bahn, dass die Pneumonie eine auf der Einwirkung von Bakterien beruhende allgemeine

Infektionskrankheit sei; sprechen schon die im Verlaufe der Pneumonie häufig auftretenden Komplikationen dafür, dass die Krankheitserreger im Körper verbreitet seien, so würde diese Annahme ihre wesentlichste Stütze erhalten, wenn es gelänge, dieselben direkt im Blute nachzuweisen. In den bei der Pneumonie sekundär erkrankten Organen wurden Pneumoniekokken schon gefunden, so bei Meningitis, Pleuritis, Peri- und Endocarditis, Peritonitis, Nephritis und Otitis; aber auch in den Fällen von Pneumonie, die keine Komplikationen zeigen, wurden von einer Anzahl von Forschern in einzelnen Fällen, aber nicht konstant, im Blute und anderen Organen vereinzelt Mikroorganismen gefunden.

Verf. hat nun mit Zuhilfenahme der gerade für die Pneumoniekokken sich vortrefflich bewährenden Weigert'schen Färbungsmethode 7 Fälle von krupöser Pneumonie, die letal verlaufen waren, speciell in Bezug auf das Vorkommen von Kokken in den Blutgefäßen und anderen Organen mikroskopisch untersucht, dabei von vorn herein auf die Züchtung der Kokken aus dem Blute Verzicht geleistet. Auf die frei in den Gefäßen liegenden Kokken wurde kein Gewicht gelegt, da mit Recht angenommen wurde, dass dieselden postmortal durch Fäulnis oder Verunreinigung in jene gelangt sein konnten. In sämmtlichen 7 Fällen fanden sich nun im Alveolarexsudate Bakterien und zwar in 6 Fällen davon in die Zellen des Exsudates eingeschlossen; im Blute fanden sich die Kokken gleichfalls in jedem Falle und zwar in den Arterien der Lunge und in den Venen innerhalb der weißen Blutkörperchen, ferner in Lymphgefäßen und bronchialen Lymphdrüsen. Auch in den Arterien und Venen der Leber und Nieren wurden zuweilen Kokken innerhalb der weißen Blutkörperchen nachgewiesen. Die durch des Verf. Untersuchungen nachgewiesene große Verbreitung der Kokken im Gefäßsystem in Fällen von Pneumonie, die ohne Komplikationen verliefen, macht es erklärlich, dass bei dieser Krankheit so schwere Allgemeinerscheinungen auftreten können. Ob die Kokken zuerst in der Lunge waren und von da in den Blutstrom gelangten oder umgekehrt, lässt sich auch aus den Befunden des Verf. nicht ersehen.

Goldschmidt (Nürnberg).

8\. **S. J. Meltzer** (New York). Über die mechanischen Verhältnisse bei der Entstehung der Pneumonie.

(Med. Monatsschrift 1889. Februar.)

M. hält es für unmöglich, dass bei der vielfachen, winkligen Knickung, welche die Luftwege (Mundhöhle, Trachea, Bronchien, Bronchiolen) darbieten, Mikroorganismen mit der Luft bis an die Alveolen gelangen können. Er nimmt vielmehr an, dass die erste Landung der Mikroorganismen im Munde und im Pharynx stattfindet, wo ja in der That die Fraenkel'schen Kokken im Verlaufe der Pneumonie nachgewiesen worden sind. Von dort mögen sie durch starke Inspiration oder auch durch gelegentliches Verschlucken in die Trachea

und in die Bronchien gelangen, um von hier entweder wieder nach außen befördert zu werden durch Husten oder die Flimmerbewegung der Epithelien, oder aber in vorhandenem Bronchialsekrete haften zu bleiben. In letzterem Falle wird eine starke Inspiration, vielleicht auch manchmal ein bloßes Hinunterfließen des Sekretes sie weiter befördern, selbst bis in die Bronchiolen, weiter aber, bis in die Alveolen hinein, nicht. Denn in den Bronchiolen wird das Schleimklümpchen mit den Mikroorganismen, selbst wenn es noch so klein ist, durch die Kapillarität festgehalten. Um es von hier in die Alveolen zu bringen, ist eine weitere Kraft nöthig, die von den Bronchien nach den Alveolen treibt und bei dem verstopften Bronchiolus sich vielleicht gerade ganz besonders wirksam zeigt. Eine solche Kraft glaubt M. in dem Hustenakte und zwar in der mittleren Phase desselben gefunden zu haben, bei welcher die energische aktive Exspiration bei gleichzeitigem Glottisverschluss eine beträchtliche Steigerung des intrabronchiellen Druckes setzt. »Dieser bedeutend gesteigerte intrabronchielle Druck, der schließlich den Glottisverschluss sprengt, ist es, der auch den Pfropf in dem Bronchiolus in die entsprechenden Alveolen treibt. Der erhöhte Druck pflanzt sich überall (mit Ausnahme der vorderen und unteren Fläche) nach der Peripherie fort und somit auch nach allen Alveolen; aber gerade bei dem verstopften Bronchiolus zeigt er sich besonders wirksam, weil die entsprechenden Alveolen bei der Inspiration keine Luft erhalten haben und somit jetzt den Ort des geringsten Druckes darstellen, wohin der gesteigerte intrabronchielle Druck am ehesten ausweicht und den Pfropf mit hineinreißt. Dies gilt um so mehr, wenn der Pfropf längere Zeit stecken blieb, weil die Residualluft dahinter resorbirt wird und die Alveolen fast atelekttaisch geworden sind.« Vielleicht stellt der Husten wenn nicht das, so doch wenigstens eines der Bindeglieder zwischen Bronchitis und Pneumonie dar. Für diese Anschauung spricht nach M., dass fast niemals eine fibrinöse Pneumonie sich an eine kapilläre Bronchitis, an eine Bronchopneumonie anschließt, weil hier erstens in Folge der Schwellung der Bronchiolenschleimhaut die Bronchiolen noch undurchgängiger und die Kapillarität noch größer geworden ist, und weil hier zweitens kein Husten, wenigstens kein ausgiebiger sich einstellt. Übrigens glaubt M. beobachtet zu haben, dass Pneumonie mit Vorliebe in jenem Stadium der Bronchitis einsetzt, in welchem das Sekret dünnflüssig geworden, ein Umstand, den er ebenfalls zu Gunsten seiner Anschauungen geltend macht: nur der dünnflüssige Schleim kann als Träger der Infektion fungiren, nicht aber das zähe, spärliche Sekret, weil dieses weder hinunter fließen, noch hinunter inspirirt werden kann.

Ähnlich wie der Husten kann nach M. auch die Bauchpresse (bei Defäkation, Erbrechen, Presswehen etc.) gelegentlich einen Infektionsstoff aus dem Bronchiolus in die entsprechenden Alveolen hineintreiben.

Im Übrigen gelten diese Erwägungen nicht bloß für die Pneumonie, sondern eben so für alle Lungenerkrankungen, die durch Hineingelangen von mikroskopisch kleinen Fremdkörpern infektiöser oder nicht infektiöser Natur hervorgerufen werden (Tuberkulose Pneumoconiosis anthracotica, siderotica, chalicotica etc.). Für alle diese Krankheiten gilt, dass sie meistens, wenigstens ursprünglich, in dem nach oben und hinten gewendeten Lungenabschnitte lokalisirt sind. Dies stimmt mit der obigen Theorie M.'s in so fern sehr gut, als die Druckerhöhung in den Bronchien zu Stande kommt durch die Kontraktion aller Exspirationsmuskeln und die Richtung der Resultante aller sich kontrahirenden Muskeln von unten und vorn nach oben und hinten geht. Dem entsprechend finde in den vorderen und hinteren Partien eine Druckfortpflanzung von den Alveolen nach den Bronchien, in den hinteren oberen aber gerade von den Bronchien nach den Alveolen hin statt.

A. Freudenberg (Berlin).

---

9. Gärtner (Jena). Über die Fleischvergiftung in Frankenhausen am Kyffhäuser und den Erreger derselben.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1888. No. 21—24.)

In Frankenhausen erkrankte am 11. Mai 1888 der 21jährige Arbeiter Wechsung, 2 Stunden nachdem er 800 g rohen Rindfleisches gegessen hatte, an heftigem Erbrechen und Durchfall; am 13. Mai Morgens starb der Kranke. Die Obduktion ergab: Entzündung des Dünndarms, Schwellung der Solitärfollikeln und der Peyer-schen Haufen, im Magen kleinere und größere Blutungen; das Blut war dunkelkirschroth, theerfarbig.

Ferner erkrankten in der Zeit vom 11.—18. Mai in Frankenhausen 58 Personen unter den Erscheinungen eines schweren akuten Magendarmkatarrhs. Immer war zugleich das Allgemeinbefinden erheblich gestört, es bestand hohes Fieber bis über 40° C. Die Dauer der Erkrankung schwankte je nach der Schwere des Falles von einigen Tagen bis zu 4 Wochen. In der Rekonvalescenz schälte sich die Haut und zwar auch die verhornte Oberhaut an Händen und Füßen, über Sehstörungen ist nicht geklagt worden. Von den Erkrankten waren 25 Kinder unter 14 Jahren, die übrigen im Alter von 18—66 Jahren.

Alle 58 Erkrankte hatten nachweislich (nur die 66 Jahre alte Mutter des Wechsung, die am 14. Mai erkrankte, leugnete dies) Fleisch von demselben Rinde wie Wechsung genossen, und zwar hatten 12 Personen rohes Fleisch, die übrigen gekochtes Fleisch, gebratene Leber oder Suppen gegessen. 36 Personen, die außer den 58 Erkrankten von demselben Thiere gekochtes Fleisch gegessen hatten, blieben gesund. Von den übrigen Einwohnern, die nichts von diesem Fleische zu sich genommen hatten, erkrankte Niemand unter gleichen Erscheinungen. Die schwersten Erkrankungen betrafen diejenigen, welche das fragliche Fleisch roh verzehrt hatten und zwar genau entsprechend der Menge des Verzehrten.

Der Medicinalbeamte in Frankenhausen Sanitätsrath Dr. Gräf stellte bereits am 13. Mai die Diagnose auf Fleischvergiftung und sandte unverzüglich Fleisch des betreffenden Rindes, später noch Milz, Leber, Niere des verstorbenen Wechsung und die Eingeweide des Rindes an das hygienische Institut zu Jena zur Untersuchung.

Das betreffende Rind stammte von einem Gute in der Nähe von Frankenhausen, auf welchem der Gesundheitszustand des großen Viehbestandes im Ganzen gut war. Das Rind war im Mai an Durch-

fällen erkrankt, mit Opium etc. behandelt, am 9. Mai nothgeschlachtet worden. Die Sektion hatte nur entzündliche Erscheinungen des Dünndarms ergeben und das normal aussehende Fleisch war vom Thierarzt als zum Genuss geeignet erklärt worden.

Die bakteriologische Untersuchung ergab aus Ausstichpräparaten des Rindfleisches, so wie der Milz des Wechsung, nur eine bestimmte Art von Bacillen, die auch allein aus dem Fleisch oder der Milz mittels Plattenverfahren gezüchtet werden konnten.

Die Kulturen dieses Bacillus auf Nährgelatine haben ein hellgraues, durchscheinendes, grobkörniges Aussehen, verflüssigen die Gelatine nicht. Die einzelnen Bacillen sind kurze, dicke Stäbchen, meist von einem Hof umgeben. Sie färben sich leicht, aber so, dass der Farbstoff in der Mitte liegt und die Enden frei sind. Auf anderem Nährboden (Blutserum, Agar) wachsen sie auch rasch, sind aber kleiner und zeigen nicht die erwähnte Partialfärbung. Überhaupt kommen häufig Variationen vor, deren Identität aber immer durch Umzüchtung nachzuweisen ist. Schnittpräparate aus dem in Alkohol gehärteten Fleisch ergaben den gleichen Bacillus und zwar in dichten Haufen die Gefäße ausfüllend. In allen untersuchten Fleischportionen und Organen wurde nur dieser von G. mit dem Namen Bacillus enteritidis belegte Organismus gefunden. Im Fleisch von anderen Rindern oder in Organen anderer menschlicher Leichen, selbst in faulendem Fleisch wurde der gleiche Bacillus bisher nicht aufgefunden.

Die mannigfach variirten Infektionsversuche ergaben im Wesentlichen folgendes Resultat: Hunde, Katzen, Hühner konnten das bacillenhaltige Fleisch ohne Schaden fressen, Mäuse wurden getödtet, sowohl durch den Genuss des Fleisches als der Kultur. Subkutane oder gar intravenöse Einimpfungen des Bacillus enteritidis tödteten Kaninchen und Meerschweinchen in den meisten Fällen. Immer wurde in den gestorbenen Thieren der Bacillus enteritidis wieder nachgewiesen. Wurde das inficirte Fleisch oder die Gelatinekulturen gekocht und der Bacillus dadurch getödtet, so gelang es doch bei Einführung größerer Mengen, also durch Intoxikation, bei manchen Thieren eine tödliche Wirkung zu erzielen. Die durch Infektion gestorbenen Thiere zeigten vorzugsweise enteritische Erscheinungen, die der Intoxikation erlegenen Thiere starben unter nervösen Lähmungserscheinungen, aber auch bei ihnen waren entzündliche Veränderungen im Darm zu konstatiren.

Nach alledem betont G., dass die Frankenhäuser »Fleischvergiftungsepidemie«, der durch energisches Einschreiten der Medicinalbeamten ein rasches Ende bereitet wurde, die erste ist, bei welcher mit Sicherheit das krankmachende Agens, d. h. ein bestimmter charakteristischer Bacillus nachgewiesen ist. In wie weit der Bacillus enteritidis auch bei anderen Fleischvergiftungsepidemien eine Rolle spielt, bedarf weiterer Untersuchung.

Schließlich bespricht G. noch in sehr sorgfältiger und beachtens-

werther Weise die bei den Fleischvergiftungen in Betracht kommenden Momente.

Kayser (Breslau).

10. **E. C. Seguin** and **H. C. Wood.** The relation between trophic lesions and diseases of the nervous system.
(Transactions of the assoc. of American physicians Vol. III.)
Philadelphia 1888.

Bei Gelegenheit der letzten amerikanischen Ärzteversammlung statteten S. und W. sehr eingehende Referate über die Beziehungen zwischen trophischen Störungen und Affektionen des Nervensystems ab.

S. besprach im Wesentlichen die neuro-muskuläre atrophische Degeneration und den Herpes zoster. Hier hängen die histologischen Veränderungen direkt von der Nervenaffektion ab und die trophischen Störungen seien eine Theilerscheinung der Erkrankungen des Nervensystems, sie allein seien bis jetzt als trophische Processe im wahren Sinne des Wortes zu bezeichnen. Möglich wäre es, dass die centrale Nervensubstanz, die periphere Faser und ihre peripheren Endorgane nicht nur eine funktionelle oder Erregungseinheit, sondern auch eine Ernährungs- oder nutritive Einheit darstellen, eine Anschauung, welche auch Sigm. Mayer vertritt. Der neuro-muskuläre Apparat, von den Ganglienzellen des Rückenmarkes bis zur quergestreiften Muskelsubstanz, stellt eine Einheit dar. Für den neurokutanen Apparat bedarf es aber noch weiterer histologischer Untersuchungen über die wirkliche Beziehung zwischen den letzten Nervenfasern mit den Zellen der Cutis und Epidermis. —

W. ist ein eifriger Anhänger der Lehre von den trophischen Nerven. Seine erste These lautet: es ist physiologisch bewiesen, dass das Nervensystem direkt die allgemeine Ernährung beeinflusst. Er führt hierbei die bekannten Experimente Gaskell's am Vagus an und unterscheidet mit ihm zwei Arten von Nerven: katabolische, die Nerven der funktionellen Aktivität und Destruktion, anabolische, die Nerven der Ruhe und nutritiven Reparition. Er weist auf seine eigenen Experimente hin, welche die an den Muskeln und Drüsen gefundenen Thatsachen auch auf andere Körpertheile zu übertragen gestatten dürften. Es war lange bekannt, dass nach Reizung sensibler Nerven eine Cirkulationsstörung und ein Sinken der Körpertemperatur eintritt. Die allgemeine Annahme ging dahin, dass das erste Phänomen die Ursache des zweiten wäre. W. fand nun aber eine Unabhängigkeit beider Vorgänge von einander, was noch dadurch bewiesen wurde, dass nach Abtrennung der Medulla vom Pons nunmehr Reizung sensibler Nerven zwar die gewöhnlichen Cirkulationsstörungen, aber kein Sinken der Körpertemperatur zu Stande brachte. Oberhalb der Medulla liege also ein großes anabolisches Centrum für die Körperwärme. Die zweite These lautet: Verschiedene periphere Störungen sind die unmittelbare Folge vorausgegangener Nervenaffektionen, und hierbei führt W.

außer einer Reihe anderer Experimente auch die vom Ref. am zweiten Cervicalnerven der Katze angestellten Untersuchungen auf. Weiter vertritt er die Ansicht, dass periphere Veränderungen nach einer Nervenverletzung zu Stande kommen können ohne vorausgegangene lokale Cirkulationsstörungen. Hiermit steht die letzte These in engem Zusammenhange: Verletzungen der vasomotorischen Centren führen keinen jener Effekte herbei, welche auf eine Nervenverletzung folgen.

In der Diskussion über diese beiden Vorträge erwähnte Ord eines Falles von chronischer hypertrophischer cervicaler Pachymeningitis, wo sich an den Fingergelenken eine progressive chronische Arthritis mit Haut- und Muskeldystrophie ohne irgend eine lokale Reizungsursache entwickelte. Ähnlich sah er bei Frauen auf reflektorischem Wege in Folge des Klimakteriums Gelenkdystrophien eintreten. Pye-Smith berichtet über die Heilung einer Ulceration der Hand nach Entfernung einer auf den N. ulnaris drückenden Exostose. Victor Horsley theilte sehr interessante von Frederick Mott an Affen angestellte Experimente mit. Es wurden auf einer Seite bestimmte vordere Wurzeln der Cauda equina unterbunden und später die medullare Oberfläche des Femur der unterbundenen Seite dick mit Osteoclasten bedeckt gefunden. **Joseph** (Berlin).

---

11. E. Malachowski. Versuch einer Darstellung unserer heutigen Kenntnisse in der Lehre von der Aphasie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 324.)

M. giebt eine kurz und klar gefasste Schilderung des Gegenstandes. Er erleichtert das Verständnis für die so mannigfachen Formen der Aphasie durch die Beifügung zahlreicher Schemata nach dem Muster von Wernicke resp. Lichtheim. Die Auffassung des Verf. schließt sich mit Ausnahme zweier unwesentlicher Punkte in den schematischen Zeichnungen ganz an die von Wernicke veröffentlichten Ausführungen an. Im 1. Abschnitt bespricht Verf. die theoretisch möglichen Formen der Aphasie, im 2. die klinischen Symptome derselben und im 3. Theile versucht er »die einzelnen als möglich erörterten Unterbrechungen des Schemas im Gehirn zu lokalisiren«. Den vorläufigen klinischen Werth der so zahlreichen, auf rein theoretischem Wege konstruirten Formen von Aphasie illustrirt nach Ansicht des Ref. am besten der Umstand, dass für die meisten derselben ein pathologisch anatomischer Nachweis, wie auch der Verf. hervorhebt, noch nicht gelungen ist. Ob die Schuld dieses Mangels lediglich darin liegt, dass nach der Ansicht des Verf. »diese Formen isolirt sehr selten vorkommen, und dass erst in den allerletzten Jahren auf ihr Vorhandensein geachtet worden ist«, scheint dem Ref. mehr wie zweifelhaft. Näher liegt doch jedenfalls die Antwort, dass man, da diese rein theoretisch konstruirten Formen in praxi nicht vorkommen, in den Lokalisationsbestrebungen und in der Annahme von allen nur möglichen Arten von »Centren« vorläufig zu weit gegangen ist. **A. Neisser** (Berlin).

---

12. **Blumenau.** Über physiologische und therapeutische Wirkung des Strophanthus Kombé als Herzmittel und Diureticum.
(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 48.)

B. hat bei seinen Versuchen mit Strophanthin Resultate erzielt, welche eine große Übereinstimmung mit den von Fraser gewonnenen ergeben: bei kleineren Dosen 0,01—0,1 mg anfänglich kurze Steigerung der Reflexerregbarkeit, dann Lähmungserscheinungen, die bei größeren Dosen, 0,1—0,3 mg, sehr bald eintraten; am Herzen tritt schon Stillstand ein, während die übrigen Erscheinungen noch nicht ausgeprägt sind. Die Zahl der Herzschläge vermindert sich um 12—40, die Systole wird kräftiger und anhaltender, dann nimmt auch die Diastole an Dauer zu und wird später, kurz vor dem Herzstillstand, eine partielle; schließlich tritt systolischer Stillstand ein. Die vor und nach der Strophanthusinjektion vorgenommene Durchtrennung der Nervi vago-sympathici, wie auch Atropinvergiftungen sind ohne Einfluss auf den Verlauf der Erscheinungen, welche sowohl an Fröschen mit zerstörtem Gehirn und Rückenmark als auch an ausgeschnittenem Froschherzen auftreten. Die Erregbarkeit des peripheren und centralen Hemmungsapparates des Herzens ist während der Strophanthinwirkung bedeutend gesteigert. Bei Durchströmungsversuchen zeigte sich eine ziemlich starke Gefäßkontraktion.

Bei Warmblütern ließen sich 3 Perioden unterscheiden: In der ersten Blutdrucksteigerung mit mehr oder weniger bedeutender Pulsverlangsamung; in der zweiten Beschleunigung des Pulses während der Blutdruck noch höher steigt; in der dritten allmähliches Absinken des Blutdruckes, während der Puls klein und zeitweilig arhythmisch wird. Bei vorheriger Durchschneidung beider Nervi vago-sympathici tritt keine Pulsverlangsamung mehr ein, während bei bereits vorhandener die Durchtrennung der Nerven sofort eine bedeutende Beschleunigung der Pulsfrequenz bewirkt. Eine Kontraktion der peripheren Gefäße durch Strophanthin fand bloß am Anfang statt, während später lähmungsartige Zustände auftraten.

In therapeutischer Hinsicht hat Verf. mit der Tinct. strophanthi günstige, zum Theil glänzende Wirkungen erzielt durch Verlangsamung und Kräftigerwerden des Pulses, Schwinden der Arhythmie, Verminderung der Dyspnoe und Hervorrufung von Schlaf; in Bezug auf die letzteren Wirkungen übertrifft seiner Ansicht nach die Tinct. strophanthi die Digitalis, indem sie rascher und anhaltender wirkt. Eben so wurde auch mehrmals ein günstiger Einfluss auf die Diurese beobachtet.

Markwald (Gießen).

Kasuistische Mittheilungen.

13. G. **Berg.** Ein Beitrag zur Wachsthumsinsufficienz des Herzens im Kindesalter.
(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIX. Hft. 2.)

An eine längere Einleitung, in welcher die topographischen Verhältnisse am normalen Kinderherzen erörtert und die Grenzen der auf den Thorax projicirten

Herzfigur genau bestimmt werden, schließt Verf. die Beschreibung eines Falles von richtiger Wachsthumsinsufficienz des Herzens bei einem 13jährigen Mädchen. Die Erkrankung begann im 8. Lebensjahr mit Ermüdung, Schwäche, Kopfweh und Herzklopfen. Die Untersuchung ergab bei dem schlanken, gracil gebauten Mädchen, welches in den letzten Jahren sehr schnell gewachsen war, die deutlichen Zeichen einer Stenose und Insufficienz der Aorta bei gleichzeitiger entschiedener Verkleinerung der Herzfigur. Verf. schließt daraus auf eine angeborene Kleinheit des Herzens und Enge des Aortensystems, hervorgerufen durch ein unverhältnismäßig schnelles Längswachsthum des Körpers, bei dem die Ausbildung des Herzens zurückgeblieben ist. Pat. wurde mit Digitalis, Roborantien etc. behandelt und vollständig von ihren Beschwerden befreit. Verf. glaubt, dass in solchen Fällen eine komplete Heilung eintreten kann und ist der Ansicht, dass viele Fälle von Chlorose, Anämie etc. zur Zeit der Pubertät auf diese Wachsthumsinsufficienz des Herzens zurückzuführen sind. **Rockwitz** (Straßburg i/E.).

14. **O. Emmerich.** Über die Häufigkeit der inneren Aneurysmen in München.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Bei 8669 in den Jahren 1871 bis Mai 1888 im Münchener pathologischen Institute ausgeführten Obduktionen fanden sich 58 Leichen, die mit Gefäßaneurysmen, 15 mit sog. Herz- und 6 mit Klappenaneurysmen behaftet waren. Von den Leichen waren 5183 männliche, 3486 weibliche. In 62 Fällen von »inneren« Aneurysmen verschiedener Arterien ergab sich für die Aorta 83,9, für die Anonyma und Vertebralis 3,2, für alle anderen Arterien 1,6%. Die Aorta ascendens war in 51%, der Arcus aortae in 40%, die Aorta descendens in 9% befallen. Das männliche Geschlecht wird von Aneurysmen überhaupt betroffen in 67,2%, von Aortenaneurysmen in 68,6%, das weibliche in 32,8 resp. 31,4%. Die relativ große Häufigkeit der Aneurysmen bei Weibern beruht wohl auf der gerade in München üblichen schweren Beschäftigung derselben. Am häufigsten befallen zeigten sich Individuen vom 40.—60. Lebensjahre. Auf 1000 Todesfälle überhaupt kommen 7 Fälle von Aneurysma und 2mal 1 Todesfall durch Berstung eines Aneurysma. Perforation eines Aortenaneurysma fand sich 12mal, darunter 3mal in die Trachea, 2mal in die linke und eben so häufig in die rechte Pleurahöhle. Der Form nach war am häufigsten das Aneurysma sacciforme in 53,12%, das cylindriforme in 28,13%, das fusiforme in 18,75%. Von jenen 12 geborstenen Aneurysmen waren 8 sacciform, 3 cylindriform, 1 fusiform. Der Tod durch Aneurysmen trat 14mal bei Männern, 2mal bei Weibern ein, am häufigsten im Alter zwischen 40 und 50 Jahren, nämlich 7mal; zwischen 30 und 50 Jahren im Ganzen 12mal. Interessant ist die Beobachtung des Verf., dass, während jährlich durchschnittlich bei fast gleicher Sektionszahl meist 2—3 Fälle von Aneurysmen beobachtet wurden, 1879 9 bei Männern und 3 bei Frauen vorkamen. 8 Männer standen im Alter bis zur Mitte des vierten Jahrzehntes; unter den 12 Fällen waren die Aneurysmen 10mal zufällige Befunde. Verf. neigt der Ansicht zu, dass es sich möglicherweise hier um Folgen des 70er Feldzuges handeln dürfte, indem Überanstrengungen bei Gefäßalterationen, die sonst ohne Folgen geblieben sein würden, die Entstehung der Aneurysmen begünstigt haben könnten.

Die Gründe, welche Verf. für die zahlreichen und erheblichen Abweichungen seiner Statistik von denen anderer Autoren anführt, so wie alle Besonderheiten müssen in der sehr lesenswerthen Arbeit weiter verfolgt werden.

G. Meyer (Berlin).

15. **Alapi** (Budapest). Über das Verhalten der Wundinfektionserreger im Darme.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 8. — Excerpt aus Orvosi Hetilap 1888.)

A. stellte in Weichselbaum's Laboratorium in Wien Thierversuche an über die Frage, ob der Magen unter verschiedenen Umständen die Wundinfektionsorganismen lebend passiren lässt. Die Versuche bezogen sich auf den Strepto-

coccus pyogenes, auf den Streptococcus erysipelatis und auf den Staphylococcus aureus. Es ergab sich, dass der gesunde Magen lebensfähige Wundinfektionsorganismen nicht passiren lässt, dass aber schon eine Verminderung des normalen Säuregehaltes und noch mehr eine ausgesprochene Alkalescens des Mageninhaltes den hineingelangten Bakterien das Passiren des Magens in lebendem Zustande ermöglicht. **A. Freudenberg** (Berlin).

16. **P. Pennato.** Contribuzione alle complicazioni ed alla patogenesi dell' epatite sclerosa.

(Annali univers. di med. e chir. 1888. August.)

I. Beobachtung. Ein Fall von echter Lebercirrhose, ausgezeichnet durch die Kombination mit Adenom der Leber, wodurch er den von Sabourin mitgetheilten Beobachtungen sich anschließt, durch den rapiden Verlauf unter den klinischen Erscheinungen des Icterus gravis, durch das Bestehen eines blasenden systolischen Lebergeräusches.

II. Beobachtung. Ein Fall von interstitieller interlobulärer und intralobulärer Hepatitis, die sich im Anschluss an die im Verlauf eines Ileotyphus sich entwickelnde Thrombose der Vena cava inferior ausbildete. **G. Sticker** (Köln).

17. **Nauwerck.** Zur Kenntnis der fieberhaften Gelbsucht.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 35.)

Bei 2 Fällen der »Weil'schen Krankheit« ist von N. die pathologisch-anatomische Untersuchung gemacht.

Im 1. Falle, der ein 35jähriges Dienstmädchen betraf, wurde eine in Herden auftretende, nekrotisirende, zu Geschwürsbildung führende Entzündung des Dünndarmes gefunden, nicht nur die follikulären Apparate, sondern auch die übrigen Theile des Dickdarms befallend. Die Entzündung verlief nicht nur in der Schleimhaut, sondern auch in der Submucosa. In den nekrotischen Partien und deren Umgebung fanden sich Bacillen, die mit keiner der beim Menschen beschriebenen Arten morphologisch übereinstimmen. Die Leber und die Nieren befanden sich in ganzer Ausdehnung in hochgradiger albuminoider, fettiger und nekrotischer Entartung des Parenchyms, gleichzeitig bestand eine in zerstreuten Herden auftretende entzündlich-zellige Infiltration. Die Abwesenheit von Spaltpilzen, die diffuse Ausbreitung der Entartung ließ es als wahrscheinlich erscheinen, dass es sich um eine Intoxikationswirkung (durch Ptomaine) handelt. Die Milz bot den Befund der akuten Infektionsmilz.

Im 2. Fall (45jähriger Schweinemetzger) bot der Befund in der Leber und den Nieren eine große Übereinstimmung mit der ersten Beobachtung, während der Mangel an Darmveränderungen höchst auffallend war.

Dieses verschiedene Verhalten des Darmes scheint eine Warnung zu enthalten, dass man eine auch klinisch doch ziemlich vielgestaltige Krankheit nicht zu frühzeitig als Einheit hinstellen möge. **Seifert** (Würzburg).

18. **H. Brauneck.** Über einen Fall von multipler Lymphombildung (Hodgkin'scher Krankheit), welcher unter hohem Fieber, Ikterus und Nephritis zum Tode führte.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 2—3.)

Ein 36jähriger Mann, früher stets gesund, nicht belastet, leidet seit einem Jahre an Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Magengegend, Schwellung der Halsdrüsen und großer Schwäche, die in der letzten Zeit zunahm und am 3. Juli 1885 seine Aufnahme in das Hospital nothwendig machte. Dabei konstatirte man hohes Fieber, starken Ikterus, Schwellung der Halsdrüsen, Schwellung der Milz; die Leber schien verkleinert, der Urin enthielt viel Eiweiß, Epithelial- und granulirte Cylinder, Gallenfarbstoff und Gallensäuren. Im weiteren Verlauf nahm die Schwäche noch zu, eben so der Ikterus, das Sensorium wurde benommen, es bestand Febris continua und am 7. Juli trat schon der Exitus ein. Bei der Sektion fand sich als Ursache des Ikterus um die Pfortader

ein Packet verkäster Lymphdrüsen, die sich nach aufwärts gegen den Duct. choled. hinzogen und denselben vollständig komprimirten; die Leber war normal groß, durchsetzt von kleinsten gelblich weißen Knötchen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Lymphome erwiesen; die gleichen Knötchen fanden sich auch in der Milz. Die verkästen Lymphdrüsen an dem Leberhilus zogen sich entlang der Aorta abdominalis nach abwärts, hier in die ähnlich veränderten retroperitonealen Lymphdrüsen übergehend. Die Drüsen am Halse waren stark geschwollen und im Zustande lymphomatöser Entartung, eben so die an der Pfortader.

Verf. vermag auch aus der Litteratur noch einige ähnliche Fälle ansuführen, so von Desnos und Barié, von Wunderlich, Hérard und Bohn, die gleiche klinische Erscheinungen darboten, wie der von ihm beschriebene Fall.

Goldschmidt (Nürnberg).

19. **Pawinski.** Über Acetonasthma (Asthma acetonicum). (Ein Beitrag zur Lehre von der Acetonurie.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 50.)

Ein 20jähriges Mädchen wurde von starker, stetig sich steigernder Athemnoth (70—80 Respirationen in einer Minute) und großer Unruhe befallen; dazu gesellten sich Kopfschmerz, Übelkeit und Sehschwäche, später eine mehrere Stunden andauernde vollständige Amaurose, weiterhin Einengung des Gesichtsfeldes und Dyschromatopsie. Athemnoth und Unruhe wiederholten sich anfallsweise und nahmen noch zu, zeitweilig trat Erbrechen und Leibschmerzen auf. Es bestand Hypertrophia cordis und die Zeichen einer vorwiegend interstitiellen Nephritis mit 0,4% Eiweiß, die Harnmenge betrug immer 1500 bis 1800 ccm. Die Diagnose wurde auf Asthma uraemicum gestellt, ein diuretisches Verfahren eingeleitet, auch eine Venäsektion gemacht, welche einen bedeutenden Nachlass der Erscheinungen zur Folge hatte. Der vor der Venäsektion untersuchte Harn enthielt 0,144% Aceton, in 1500 ccm also 2,16 g. Das Aceton schwand darauf, um erst später wieder, als ein neuer Anfall mit Erbrechen und Amaurose auftrat, in größerer Menge wiederzukehren; später wurden nur noch kleine Mengen davon gefunden. Von Eiweiß waren, während das Aceton in größeren Mengen vorhanden war, beide Male nur Spuren nachweisbar. Pat. ging in einem späteren Anfall außerhalb des Hospitals zu Grunde.

Verf. bringt die beobachteten Anfälle mit dem Aceton in Zusammenhang und rechnet den Fall zu den Autointoxikationen. Er bespricht die Bildungsstätten des Acetons und kommt zu dem Resultate, dass in dem vorliegenden Falle die Quelle der Acetonbildung in dem Nierenleiden resp. in der durch jenes Leiden verursachten Oxydationsstörung und Zerfall der Eiweißkörper gesucht werden müsse. Es ist dies der erste bekannte Fall von Nephritis, in welchem so große Mengen von Aceton und zwar bei fieberlosem Verlauf — und in umgekehrtem Verhältnis zum Eiweiß — nachgewiesen sind.

Die toxische Wirkung des Acetons sucht Verf. durch das gleichzeitige Vorhandensein anderer unbekannter, im Blute oder Darmkanal gebildeter Substanzen zu erklären, welche bei Funktionsstörungen exkretorischer Organe nicht aus dem Körper ausgeschieden werden.

Zum Schluss folgen Angaben über die qualitative und quantitative Bestimmung des Acetons. **Markwald** (Gießen).

20. **Th. Wilson.** A case of Gumma in the right superior temporo-sphenoidal convolution.

(Lancet 1888. December 29.)

E. H. heirathete in ihrem 20. Jahre und wurde von ihrem Manne syphilitisch inficirt. Im 7. Monat der ersten Schwangerschaft gebar sie ein todtes Kind; darauf lebte sie einige Jahre getrennt von ihrem Manne, vereinigte sich dann wieder mit ihm und gebar nun 3 ausgetragene Kinder, die völlig gesund waren und bis zur Zeit (das älteste ist jetzt 6 Jahre alt) gesund geblieben sind. Obwohl man

hiernach allen Grund hatte, die Mutter für geheilt zu halten, bekam dieselbe 13 Jahre nach der Infektion eine Gummigeschwulst im Gehirn, welche zum Tode führte. Die Geschwulst saß etwas vor der Mitte der rechten ersten Schläfenwindung. Nach oben hatte sie zur Obliteration der Fossa Sylvii geführt und den untersten Theil der aufsteigenden Frontal- und Parietalwindung ergriffen. Nach unten erstreckte sie sich weit in die zweite Schläfenwindung hinein. Der vordere innere Theil der Geschwulst reichte bis ins Claustrum.

Diese Geschwulst hatte außer zu den gewöhnlichen Erscheinungen der Hirntumoren zu eigenthümlichen Anfällen geführt, deren erster 4 Monate vor dem Tode und 3 Wochen nach der letzten Niederkunft eintrat. Derselbe begann mit einer plötzlich eintretenden, kolossal starken Gehörserscheinung, wie von dem Arbeiten einer Maschiene. Darauf schienen gesehene Gegenstände zu schwanken, die Kranke fiel bewusstlos hin und hatte Konvulsionen, wobei das Gesicht nach links verzogen wurde.

W. hält den Fall für wichtig für die Lokalisation des Gehörcentrums.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

21. **G. Burckhardt.** Un cas de tumeur de la couche optique et du lobe temporal.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1888. December 20.)

Bei der Sektion einer 60jährigen Person fand man 2 Spindelzellensarkome in der linken Großhirnhälfte. Ein größerer Knoten saß im Thalamus opticus, ein kleinerer in der Spitze des Schläfenlappens. Letzterer sandte Ausläufer bis in die weiße Substanz des Operculum und des Gyrus supramarginalis und bis zur Insel. Die Broca'sche Windung war stark komprimirt.

Klinisch war außer seit Jahren bestehender Neurasthenie in der letzten Zeit Worttaubheit, Aphasia amnestica verbalis und leichte Agraphie beobachtet worden.

Da keine Erscheinungen beobachtet worden waren, die man auf die Zerstörung im Thalamus opticus beziehen konnte, bespricht B. die Lehren über die Funktionen dieses Hirntheiles und glaubt, dass durch seinen Fall die Unhaltbarkeit derselben bewiesen sei. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

22. **W. Osler.** Glioma of the medulla oblongata.

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1888. März.)

32jähriger Arbeiter hatte vor 2 Jahren ein Ulcus durum mit sekundären Symptomen. In demselben Jahre trat ein Anfall von Kopfschmerz und Schwindel auf. 6—8 Wochen vor seinem Tode zeigten sich wiederholt Anfälle, in deren Gefolge sich Kopfschmerz, besonders an dem Hinterkopfe, Unsicherheit in dem Gange, Parästhesien in dem Körper, Steifheit und Schmerz in den Nackenmuskeln, Inkoordination der Bewegungen der Hände, Taubheit und Kältegefühl der Finger einstellten. Die höheren Sinne waren intakt, Kniephänomene gesteigert. Häufig Anfälle mit Verlust des Bewusstseins und Zuckungen aller Extremitäten. Zuweilen Erbrechen. Systolisches Geräusch an der Herzspitze, weite Pupillen, freies Sensorium. Exitus.

Die Sektion ergab ein stark vascularisirtes Gliom in dem unteren Theile der Medulla oblongata, welches auf die Hinterstränge drückte und frische Hämorrhagien zeigte. **J. Ruhemann** (Berlin).

23. **Ladame** (Genf). Über prokursive Epilepsie.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 5—8.)

Zu den unzähligen Varietäten der Epilepsie gehören auch automatische Bewegungen, wie rasches Vorwärtslaufen, überstürzte Bewegung nach rückwärts, Manège- und Rotationsbewegungen. Die Analogie zwischen den Erscheinungen der Prokursion und den anderen angeführten, von Veränderungen in den Pedunculis abzuleitenden Zwangsbewegungen führt zu der vielleicht übereilten Schlussfolgerung, dieselben im Kleinhirn zu lokalisiren. L. theilt die Krankengeschichte eines Falles von prokursiver Epilepsie mit:

17jähriger Mann, hereditär schwer belastet, mit sehr bewegter Vergangenheit,

lügenhaft, faul, diebisch, gefräßig, zanksüchtig, zornig. Er versetzte einmal einem Mitschüler einen Messerstich, beging einen Einbruchsdiebstahl etc. Im Alter von 10—12 Jahren Schwindelanfälle, welche ihn zum Stehenbleiben zwangen. Fast täglich mehrmalige Hallucinationen, welche ihn zwangen, gerade aus nach vorn mehrere Meter weit zu laufen, bis er zitternd, bleich, schweißbedeckt stehen blieb, »stets« — an einer anderen Stelle heißt es »nicht immer« — ohne Bewusstseinsverlust. Auch häufige »nächtliche Angstgefühle«, welche ihn zwingen, die Treppe hinab auf die Straße zu stürzen und woran er sich dann nicht mehr erinnert. Pat., der einen gut geformten Schädel, tief liegende Augen, mürrischen Gesichtsausdruck hat, betrachtet seine Missethaten als Folge der Ungerechtigkeit der Lehrer, der Verleumdung der Schüler und räumt nur lebhaftes, Widerspruch nicht vertragendes Temperament ein. Nach einem neuen Diebstahle kam Pat. in eine Irrenanstalt, wurde dann aber doch gerichtlich bestraft. Schließlich gingen seine Anfälle — wie dies vorzukommen pflegt — in gewöhnliche Epilepsie über.

Erastus Thomas (1581) soll zuerst diese später als Chorea oder Hysterie bezeichnete, gewöhnlich von lautem Rufen, Bewusstseinsverlust begleitete, selten von einer Aura eingeleitete Form von Epilepsie beschrieben haben. Nothnagel hält diese meist bei jugendlichen Personen vorkommende, oft mit moralischem Irrsein komplicirte Form nicht für wahre Epilepsie, weil man bei einer gewissen Zahl organische Läsionen des Hirns und seiner Adnexe finde und L. berichtet auch über 2 Fälle von Prokursion mit Kleinhirnläsion, ohne zuzugeben, dass eine Kleinhirnläsion die organische Ursache der prokursiven Epilepsie sei. In einem Falle von Bérard (beträchtliche Hämorrhagie in den Pons mit Erguss in die vierte Kammer), wo der Pat. plötzlich starkes Ohrensausen, heftige Schmerzen bekam, zu laufen begann, wie um einer Gefahr zu entgehen, aber sogleich bewusstlos zusammenbrach und komatös starb, glauben Bourneville und Bricon die Prokursion als Folge der Ponsblutung ansehen zu können, während L. dafür die Blutung in die Kammer heranzieht und daran erinnert, dass in einer gewissen Reihe von Ponsblutungen motorische Reizerscheinungen fehlten und annimmt, der unglückliche Pat. habe instinktiv Hilfe gesucht, es habe sich aber nicht um einen unwiderstehlichen Bewegungsdrang gehandelt. **K. Bettelheim** (Wien).

24. Joachim (Berlin). Aus der Praxis.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIX. Hft. 2.)

I. Angewachsenes Zungenbändchen.

Verf. erzählt die interessante Thatsache, dass er in einer Familie 3mal hinter einander bei den neugeborenen Kindern ein angewachsenes Zungenbändchen beobachten und lösen konnte. Sonst soll in der Familie nur noch ein Kind der Schwester der Mutter dieselbe Abnormität mit auf die Welt gebracht haben. Aus der Litteratur ist nur ein ähnlicher Fall bekannt; es handelte sich um ein dem Branntweingenuss ergebenes Ehepaar, dessen 6 Kinder sämmtlich mit angewachsenem Zungenbändchen geboren wurden.

II. Blutbrechen bei Säuglingen.

Als weitere Rarität, deren Vorkommen aber dem Praktiker bekannt sein muss, erwähnt Verf. das Bluterbrechen bei Säuglingen, die im Übrigen vollkommen gesund sind. Das erbrochene Blut wird hier bei dem Saugen aus einer wunden Brust der Mutter aufgenommen. Verf. referirt über eine diesbezügliche Beobachtung, wo das Blutbrechen aufhörte, nachdem das Kind nicht mehr an die krank befundene Brust angelegt wurde, und fügt dazu einige wenige Mittheilungen aus der Litteratur über diesen Gegenstand. **Rockwitz** (Straßburg i/E.).

25. E. Baude. Syphilis und Schwangerschaft.

(Ann. de dermat. et syph. Vol. XII. p. 798.)

Eine 22jährige Frau, die schon eine normale Entbindung durchgemacht, kontrahirt während der 2. Schwangerschaft Syphilis. In dem Moment, wo die Roseola auftritt, leitet sich der Abort ein (der jedoch durch geeignete Therapie verhütet wird). B. fasst dieses Zusammentreffen nicht als zufälliges auf, sondern betrachtet

den Abort als Folge der vor sich gehenden Allgemeininfektion; die Syphilis wirkt als akute Infektionskrankheit. Der Fall spricht gegen die Anschauung, dass schon der Schanker das erste Symptom der Allgemeininfektion sei.

A. Blaschko (Berlin).

26. **Dante Cervesato.** Le applicazioni terapeutiche del Jodolo nella medicina interna.

(Sperimentale 1888. September.)

In der torpiden Form der Skrofulose bei Kindern, namentlich in den Fällen, welche durch das Vorherrschen von Drüsengeschwülsten, Hautaffektionen und Schleimhauterkrankungen ausgezeichnet waren; ferner in einer Reihe von Krankheiten der Respirationsorgane, zumal in der primären tuberkulösen Laryngitis, der akuten und chronischen katarrhalischen Laryngitis, dem diffusen Bronchialkatarrh; endlich in verschiedenen Fällen tertiärer Syphilis sah C. von der innerlichen Darreichung und örtlichen Anwendung des Jodols die schönsten Heilwirkungen, derart, dass er nicht ansteht, das Mittel, welches ohne jegliche nachtheilige oder unangenehme Nebenwirkung vertragen wird, selbst die Erscheinungen des Jodismus unter einer großen Anzahl von Versuchen nur einmal in der leichtesten Form eine Acne hervorrief, für berufen zu erklären, die »weniger unschuldigen« Jodpräparate, namentlich das Jodkalium und das Jodoform, aus der Praxis zu verdrängen. Er verordnet das Mittel innerlich in Tagesgaben von 0,05—0,15 bei Kindern; 1,0—3,0 bei Erwachsenen, und lässt es wochenlang ohne Unterbrechung nehmen. In den Kehlkopf applicirt er es durch Einblasen; auf kranke Stellen der Haut und der direkt zugänglichen Schleimhäute als Streupulver; ferner wendet er eine 6%ige Vaselinsalbe oder die Mazzoni'sche Lösung (Jodol 1, Alkohol 16,0, Glycerin 34,0) örtlich an.

G. Sticker (Köln).

27. **J. M. Clarke.** β-Naphthol in enteric fever.

(Practitioner 1888. December. p. 421—426.)

Verf. hat 7 Fälle von Typhus abdom. im Alter von 10—32 Jahren mit β-Naphthol behandelt und 2stündlich 0,2 gegeben; bei 5 Pat. konnte diese Behandlung während der ganzen Krankheitsdauer fortgesetzt, bei zweien musste sie wegen Erbrechen und Magenschmerzen ausgesetzt werden, davon das eine Mal bei einem Recidiv, während bei der ersten Attacke das Mittel gut ertragen worden war. Aus seinen Beobachtungen glaubt Verf. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) Die Durchführung einer intestinalen Antisepsis ist beim Abdominaltyphus eine rationelle Behandlungsmethode und wird eine solche durch das β-Naphthol leicht möglich; dasselbe stellt für diesen Zweck ein sicheres und gut verträgliches Mittel dar.

2) Durch das β-Naphthol wird die Dauer der Krankheit abgekürzt (vom Auftreten der Roseola bis zur Defervescens vergingen 13 Tage) und die Intensität der Krankheitserscheinungen abgeschwächt.

3) Milztumor entsteht selten, Albuminurie und sekundäre Komplikationen treten niemals auf.

4) Die Rekonvalescenz ist eine schnellere.

Goldschmidt (Nürnberg).

28. **Terray.** Kalomel bei aus Leber- und Nierenkrankheiten entstandenen Hydropsien.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 41.)

Kalomel wurde angewandt bei 6 Fällen von Cirrhosis hepatis und 2 Fällen interstitieller Nephritis. Es wurden 3mal täglich 0,2 gereicht. Die Urinmenge stieg am 1. Tage von 900—1300, am 2. Tage auf 1700, am 4. Tage auf 3400, am 5. Tage auf 4300, am 6. Tage auf 4500. Der Hydrops war verschwunden. In anderen Fällen von Lebercirrhose stieg die Diurese in 4 Tagen von 500—1500, in 6 Tagen von 600—2700, ferner von 600—3700, in 4 Tagen von 500—2900, in 4 Tagen von 700—2600, während andere Diuretica versagten. Einmal wurde bei arteriosklerotischer Schrumpfniere eine Tagesmenge von 6500 erreicht, bei einem

ähnlichen, mit Myodegeneratio cordis kombinirten 6200. Niemals wurde Quecksilberintoxikation beobachtet. Leichte Diarrhoen und geringe Stomatitis erweckten keine Besorgnis. Bei chronischer parenchymatöser Nephritis ist das Mittel unwirksam.

P. Ernst (Heidelberg).

29. E. Lesser. Über Nebenwirkungen bei Injektionen unlöslicher Quecksilberverbindungen.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888.)

Außer den bekannten unangenehmen lokalen Reaktionserscheinungen beobachtete L. noch als Nebenwirkung bei der Injektion unlöslicher Hg-Verbindungen das Auftreten von Darmentzündung, universellem Erythem und embolischem Infarkt. Die Darmerkrankung, welche bei 4 Kranken auftrat, entsprach wohl jenem Bilde der Sublimatenteritis, welches vor Kurzem von Virchow eingehend geschildert ist. L. sah zwar nur nach Injektion von Hydr. oxyd. flav. und Hydr. tannic. diese Erscheinungen auftreten, von anderer Seite sind sie auch nach Kalomeleinspritzungen beobachtet. Quecksilbererytheme treten nach Injektionen sehr selten auf und wir müssen wohl vorläufig für dieselben, eben so wie für die übrigen Arzneiexantheme, eine besondere Prädisposition des betr. Individuums annehmen. Dagegen mahnt der bei einem Kranken eingetretene embolische Infarkt der Lunge nach natürlich unbeabsichtigter Einspritzung der Hg-Suspension direkt in eine Vene zu einer gewissen Vorsicht besonders bei Leuten mit Varicen der Unterextremitäten, obwohl ein derartiges Vorkommnis sich auch bei der Injektion anderer unlöslicher Medikamente einstellen kann.

Joseph (Berlin).

30. Fauchon (Orléans). Irrigation de pus de citron contre les épistaxis graves.

(Bullet. génér. de thérap. 1888. December 30.)

F. wandte in einem Falle von hartnäckiger Epistaxis nach dem Vorschlage von Geneuil Einspritzung von frisch ausgepresstem Citronensaft an, mit augenblicklichem Erfolge. Die Einspritzung wurde mit einer kleinen Glasspritze vorgenommen.

A. Freudenberg (Berlin).

31. Jadassohn. Beiträge zur Kenntnis der Naevi.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888.)

Zu der Mittheilung dreier unter sich sehr gleicher Fälle von halbseitigen Naevis macht Verf. einige theoretische Bemerkungen, welche die Frage nach der genetischen Abhängigkeit derselben von Nerveneinflüssen betreffen und im Original nachgesehen werden müssen. Während in diesen Beobachtungen eine große zusammenhängende Strecke halbseitig von einer Unsumme kleiner flacher unter sich vollständig gleichartiger Linsenmäler befallen war, zeigten sich in einem vierten Falle die einzelnen Efflorescenzen mehr über den Körper zerstreut, allerdings auch halbseitig, aber mit einer streifenförmigen papillären Hauthypertrophie, während zugleich an anderen Stellen nur einfache Naevi spili vorhanden waren. Diese Neubildung war nur zum Theil intra-uterin entstanden, hatte sich theilweise erst im weiteren Leben ausgebildet und entsprach wohl dem Begriffe des »neuropathischen Hautpapilloms«.

An der Hand zweier weiterer in der Breslauer Klinik beobachteter Fälle stellt dann J. noch einige Betrachtungen über die Differentialdiagnose zwischen papulösem Syphilid und multiplen Naevis an. Besonderes Interesse beansprucht die mikroskopische Untersuchung, welche in einem der exstirpirten Tumoren einen außerordentlichen Reichthum an Ehrlich'schen Mastzellen ergab.

Joseph (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 22. Juni.** 1889.

1. S. Ginsberg. Über die Abfuhrwege des Zuckers aus dem Dünndarm.

(Pflüger's Archiv Bd. XLIV. p. 306.)

Heidenhain hatte bei Gelegenheit seiner Untersuchungen über den Dünndarm festgestellt, dass das Wasser des Dünndarminhaltes, so lange es nur in mäßigen Mengen vorhanden ist, lediglich vom Blute resorbirt wird. Nur ungewöhnlich große Flüssigkeitsmengen nehmen auch die Chylusgefäße in Anspruch. Wie das Wasser so verhalten sich muthmaßlich auch die in ihm gelösten Stoffe. Nun hat freilich v. Mering nach Einführung selbst reichlicher Zuckermengen in den Verdauungskanal von Hunden den Zuckergehalt des Chylus nicht steigen sehen. Es fragte sich aber, ob nicht doch eine solche Vermehrung eintreten würde, wenn man mit dem Zucker zugleich so große Flüssigkeitsmengen einführte,

dass die Blutkapillaren der Darmschleimhaut sie allein nicht mehr zu bewältigen vermöchten.

Die darauf gerichteten Versuche von G. sind an Kaninchen und Hunden angestellt. Bei Kaninchen wurde der Zuckergehalt von Blut und Chylus (aus dem Ductus thoracicus) normal gefütterter Thiere mit dem von solchen verglichen, die Traubenzuckerinjektionen in den Verdauungskanal erhalten hatten. Die letzteren zeigten deutliche Vermehrung des Zuckergehaltes in Blut und Chylus:

Bei 6 normal ernährten Kaninchen betrug der Zuckergehalt des Blutes 0,17%, des Chylus 0,237% im Mittel (die Abweichungen vom Mittel waren meist gering); dagegen fand sich bei 4 Thieren, die 5—25 g Zucker mit 50—150 ccm Wasser erhalten hatten, im Blute 0,31%, im Chylus 0,49% im Mittel. Noch beweisender für die Richtigkeit der oben erwähnten Annahme waren die Versuche an Hunden, weil hier die zu untersuchenden Flüssigkeiten einem und demselben Thiere vor und nach der Zuckereinführung entnommen werden konnten:

In drei gelungenen Versuchen war der mittlere Procentgehalt an Zucker:

	im Blut	im Chylus
Vor der Injektion:	0,08%	0,21%
Nach der »	0,24%	0,43%

Die eingeführten Zuckermengen betrugen 20—40 g in 400 ccm Wasser.

Dass nicht die bloße Zufuhr reichlicher Flüssigkeitsmengen den Mehrgehalt des Chylus an Zucker bedingt hatte, ging daraus hervor, dass Einführung von 400 ccm Kochsalzlösung keine Änderung des Zuckergehaltes hervorrief. Endlich ließ sich noch darthun, dass der Mehrgehalt des Chylus nicht sekundär dadurch zu Stande gekommen war, dass die Lymphe erst vom Blute größere Zuckermengen empfangen hatte. Wurde nämlich ein größerer Theil der Blutbahnen verschlossen, so dass der Ductus thoracicus nur noch die Lymphe aus den Baucheingeweiden, den Bauch- und Brustwandungen und einer vorderen Extremität empfing, so trat trotzdem nach der Injektion von Zuckerlösung in den Darm eine bedeutende Erhöhung des Zuckergehaltes in Blut und Chylus ein, die, wie weitere Kontrollversuche zeigten, nicht etwa durch die Arterienverschließung allein erzeugt war.

Nach alledem ist der Schluss berechtigt, dass bei Anwesenheit reichlicher Flüssigkeitsmengen im Darm, gelöste Substanzen nicht nur ins Blut, sondern auch in den Chylus übergehen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. Tuffier. De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 2.)

Der Verf. hat fortschreitende Resektion der Nieren an Thieren so weit ausgeführt, dass dieselben noch am Leben blieben, und ge-

funden, dass 1—1,1 g Nierensubstanz zur »Reinigung« von 1 kg Thier nöthig ist. Es entsteht nach der Resektion eine Hypertrophie und Hyperplasie, die die Glomeruli und gewundenen Harnkanälchen betrifft. 8—10 Tage nach der Nephrektomie bei Thieren ist, wie die Harnuntersuchung zeigt, die Funktion wieder hergestellt. Die Wiederherstellung der Glomeruli beginnt mit einer Gefäßneubildung, welche zur Entstehung einer Gefäßschlinge und bald eines vollkommenen Glomerulus führt, der sich mit einer Bowmann'schen Kapsel umgiebt, die vom benachbarten Bindegewebe gebildet wird. 8 Tage nach der Nephrektomie beim Hunde findet man in der Niere der entgegengesetzten Seite bemerkenswerthe Änderungen. Alle Bestandtheile des Organs sind im Vergleich zu dem entfernten größer, so die Glomeruli, der Raum, der sie von der Bowmann'schen Kapsel trennt, die gewundenen Harnkanälchen, ihre Lichtung und Epithelien. Die Zellkerne sind nicht wesentlich verändert; Venen und Arterien nehmen an der Vergrößerung Theil. Bei Färbung mit Pikrokarmin sieht man in einzelnen Theilen der Rindensubstanz große rothe Balken bis an die Oberfläche verlaufen, in deren Inneren und Umgebung eine abnorme Anzahl von Glomerulis liegt, die sich in den verschiedensten Studien der Entwicklung befinden. Diese Züge stehen zu den großen Gefäßen in Beziehung, deren Lichtung vergrößert und Wand verdickt und mit Rundzellen infiltrirt ist. Von diesen Gefäßen, die mitten unter den Tubulis contortis verlaufen, gehen Äste ab, von denen einige in Glomerulis endigen, andere in Formen, die nur unbestimmt an diese erinnern. An anderen Stellen ist die Proliferation des Gefäßsystems noch deutlicher; die proliferirten Gefäße endigen in Knäueln von Kapillaren, die wohl später zur Entstehung der Glomeruliknäuel Anlass geben. Diese Umwandlung ist schwierig zu verfolgen. Bemerkenswerth ist noch ein Vorkommnis, das man gar nicht allzu selten auch in normalen Nieren findet, dass zwei Glomeruli mit einander in Verbindung stehen; beide haben dann ein beträchtliches Volumen. Ferner hat mancher Glomerulus zwei Stiele; bei noch anderen ist der halbe Glomerulus leer. Meist scheinen die Schlingen der Glomeruli in die vorher bestehenden Hohlräume einzutreten und so dann die Funktion der kompensirenden Glomeruli auszuüben.

G. Meyer (Berlin).

---

3. A. Weichselbaum. Beiträge zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Endocarditis.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. IV.)

W. bringt in dieser Arbeit seine mehrjährigen Untersuchungen über die pathologische Anatomie und Ätiologie der Endocarditis zum Abschluss, indem er seinen ersten 4 Fällen von Endocarditis aus dem Jahre 1885 weitere 29 Fälle anreiht und unter sorgfältiger Berücksichtigung der betreffenden Litteratur das Bild der Endocarditis in der erwähnten Richtung entwirft.

Die vielumstrittene Frage über das Verhältnis der verrukösen

Form zu der ulcerösen entscheidet W. dahin, dass, eben so wenig als bei der makroskopischen Betrachtung Größe und Form der Vegetationen und die Art der Klappenzerstörung regelmäßig eine scharfe Trennung beider Formen gestatte, das histologische Verhalten derselben grundsätzliche Verschiedenheiten zeigt. Die Auflagerung besteht in beiden Formen wesentlich aus einer Masse von unter einander verklebten Blutplättchen, die nach der Klappe zu in ein mehr oder weniger deutlich als Fibrin charakterisirtes Maschenwerk übergeht, zwischen welchem Leukocyten in wechselnder Menge lagern. Von dem Klappengewebe ist die Auflagerung nicht scharf getrennt, und zwar liegt sie entweder der Oberfläche der Klappe auf oder ersetzt einen verschieden großen Theil derselben. Das Klappengewebe selbst ist in den Fällen von verruköser eben so wie in denen von ulceröser Endocarditis in wechselnder Ausdehnung nekrotisch und gegen das gesunde Gewebe durch eine zellige Infiltration abgegrenzt. Bei beiden Formen der akuten Endocarditis findet die Heilung auf dem Wege der Bindegewebsneubildung statt und führt zum Bilde der chronischen Endocarditis, die als selbständige Krankheitsform aufzufassen kein zwingender Grund vorliegt.

Ätiologisch besteht eben so wenig ein principieller Unterschied zwischen ulceröser und verruköser Endocarditis wie anatomisch, doch ist allerdings die Menge der Bakterien, die nach ihrer Lagerung im erkrankten Gewebe als die Ursache der Erkrankung anzusprechen sind, bei der ulcerösen Form eine viel größere und dem entsprechend die Nekrose und zellige Infiltration des Gewebes eine stärkere. Am häufigsten kommen (bei Zusammenstellung aller zuverlässig beobachteter Fälle) die bekannten entzündungserregenden Bakterien bei der Endocarditis vor: der Staphylococcus pyogenes aureus (seltener der albus), der Streptococcus pyogenes und der Diplococcus pneumoniae, seltener einige andere, zum Theil von W. bei der Endocarditis entdeckte und genauer beschriebene Kokken resp. Bacillen. Bei allen in Frage kommenden Bakterien wurde die Beweiskette für ihre ätiologische Bedeutung durch Thierexperimente, in denen nach Verletzung der Klappen durch Infektion Endocarditis erzeugt wurde, geschlossen. In einer Anzahl von Fällen ließ sich das Eindringen der Bakterien in den Kreislauf von Wunden, Entzündungen der Lunge oder des Bauchfells her nachweisen.

Gewisse Eigenthümlichkeiten des pathologischen Befundes ließen sich (zum Theil in Bestätigung älterer Angaben) auf die biologischen Eigenschaften der Bakterien zurückführen: Hervortreten des nekrotisch-hämorrhagischen Charakters bei Infektion durch den Streptococcus pyog. oder einen neuen Bacillus endocarditidis griseus, Neigung zur Eiterbildung in den sekundären Herden bei Infektion mit dem Staphylococcus pyog. aureus oder dem neu entdeckten Micrococcus endocard. rugatus und Bacillus endocard. capsulat.; eine Mittelstellung nimmt der Diplococcus pneum. ein, der übrigens im Allgemeinen besonders mächtige Exkrescenzen erzeugt. Bei der durch

den W.'schen Micrococcus rugat. erzeugten Endocarditis sind Blutextravasate auf Haut, Magen- und Darmschleimhaut hervorzuheben, wie auch bei dem Thierexperiment Hämorrhagien beobachtet wurden.

Ist nach alledem der infektiöse Charakter der Endocarditis acuta nachgewiesen, so bleibt für ihre Entstehung doch noch eine lokale Disposition der Klappen erforderlich; dieselbe ist häufig durch eine frühere Erkrankung der Klappen geschaffen, ist aber selbst in diesen Fällen, noch mehr aber in denen, wo eine bisher gesunde Klappe erkrankt, in ihren specielleren Verhältnissen noch unbekannt.

H. Neumann (Berlin).

---

4. **Miura** (Tokio). Beiträge zur Pathologie der Kakke.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. Hft. 2 u. 3.)

5. Derselbe. Zur Ätiologie der Kakke.

(Ibid. Bd. CXV. p. 355.)

Unter den verschiedenen Formen der Kakke (Beri-Beri) wird eine, welche hauptsächlich aus einem Symptomenkomplex von hochgradigen akut eintretenden Respirations- und Cirkulationsstörungen besteht und in großer Mehrzahl schließlich durch Herzparalyse letal endet, als akute oder perniciöse Kakke bezeichnet. Die Sektion ergab in diesen Fällen (wie auch in einem vom Verf. hier mitgetheilten Fall) Dilatation und Hypertrophie ganz vorwiegend der rechten Herzhälfte, wie sie auch klinisch nachzuweisen gewesen war. Fehlte hierfür bisher jede Erklärung, so galt dasselbe für ein anderes, in diesen Fällen ziemlich regelmäßig beobachtetes Symptom, nämlich die Accentuation des 2. Pulmonaltones.

Daraufhin gerichtete Untersuchungen, die Verf. in einer Reihe von Fällen vornahm, ergaben, dass es sich hier immer um eine Kombination jener beiden Symptome mit Hochstand des Zwerchfells handelt; dadurch kommt es dann zu einer Behinderung des kleinen Kreislaufs, Dilatation des rechten Ventrikels, relativer Insufficienz der Tricuspidalis (deren Ostium bei der erwähnten Sektion ungebührlich weit gefunden ward) mit Accentuation des 2. Pulmonaltones, eventuell sogar systolischem Geräusch an der Tricuspidalis, wie es in manchen Beschreibungen derartiger Fälle angeführt wird. Dass dieser Zwerchfellhochstand durch Zwerchfelllähmung bedingt war, konnte für die Fälle, wo die flachen oder eingesunkenen Bauchdecken bei tiefer Inspiration geradezu eingezogen wurden, die Athmung ausschließlich den costalen Typus zeigte und die Kranken an deutlicher subjektiver Athemnoth und Oppressionsgefühl litten, nicht zweifelhaft sein. Es gelang aber auch der experimentelle Nachweis, indem Faradisation des Zwerchfells, die sofort diesen Athmungsmuskel in Thätigkeit setzte, große Erleichterung, Schwund der Athemnoth und des Oppressionsgefühls brachte, ja, einige Tage oder Wochen fortgesetzt, den Hochstand des Zwerchfells und die Dilatation des rechten Ventrikels beseitigte, auch die Accentuirung des 2. Pulmonaltones zum Schwinden brachte. In dieser Parese des

Zwerchfelles mit ihren Folgen für die Athmung und den kleinen Kreislauf sieht Verf. das Wesen der schweren Kakke: die furchtbare Dyspnoe durch relativ plötzlich eintretenden Hochstand des Zwerchfelles; hochgradige Cyanose, Pulsation der Halsvenen, Vergrößerung der Leberdämpfung, Verringerung der Urinmenge, Ödeme und Höhlenwassersucht.

Für die bei der Kakke beobachtete Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels scheint nach der Beschaffenheit der Pulskurven, so wie der oft außerordentlichen Anämie der Peripherie eine Kontraktion der Muskulatur der peripherischen kleinen Arterien in Anspruch zu nehmen zu sein (ähnlich wie bei der Bleikolik).

Die Fälle von schneller und vollständiger Heilung, so wie die oft nur geringfügigen Veränderungen in Nerven und Muskeln bei letal verlaufenen Fällen (trotz ausgesprochener motorischer und sensibler Lähmungen) sprechen nach Ansicht des Verf. gegen die Auffassung der Kakke als einer primären Polyneuritis infektiöser Natur. Vielmehr deute Alles auf eine Intoxikation durch die Nahrung, wahrscheinlich durch gewisse Fischfleischsorten hin.

Tuczek (Marburg).

Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen zu der Ansicht gelangt, dass das Wesen der Kakke auf eine Intoxikation, hervorgerufen durch den Genuss bestimmter Fische, welche zu der Familie Scomberidae gehören, zurückzuführen ist. Die Gründe, welche Verf. für seine Ansicht geltend macht, sind folgende: 1) tritt die Kakke im März und September regelmäßig auf und verschwindet plötzlich wieder; diese Zeit fällt gerade mit der zusammen, wo gewisse Scomberarten im Handel vorkommen. 2) Die Matrosen der japanischen Flotte, wie die Sträflinge erkranken nie an Kakke; sie erhalten auch nicht die in Frage kommenden Fische zur Nahrung, während die Landsoldaten, Studenten, Schüler in Alumnaten, Arbeiter in großen Anstalten, welche die oft verdorbenen Scomberarten genießen, vor allen Anderen von dieser Krankheit befallen werden. 3) In Gegenden, in denen Scomberarten nicht vorkommen, gehört die Kakke zu den größten Seltenheiten, während in Tokio und an anderen Orten die Morbidität an Kakke sehr groß ist, ohne Zweifel da hier die Scomberarten sehr zahlreich und billig sind. Von den Scomberarten kommen besonders in Betracht Pelamys orientalis, Thynnus albacora und Scomber saba und zwar deren verdorbenes Fleisch. Pelper (Greifswald).

---

6. Schäffer. Über den Werth der Farbstoffreaktionen auf freie Salzsäure im Mageninhalt.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. p. 162.)

Verf. hat die verschiedenen Reagentien auf freie Salzsäure auf ihren Werth geprüft und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Kongoroth lässt sich als unbrauchbar ausscheiden.

2) Eisenchlorid-Karbollösung ist kein sicheres Reagens auf Salzsäure; dagegen ein gutes auf Milchsäure.

3) Das Mohr'sche Reagens ist zuverlässig, indem kein anderer Körper, außer freie ClH, die Reaktion giebt, aber seine Schärfe lässt zu wünschen übrig.

4) Tropäolin ist ein gutes und scharfes Reagens, namentlich in der Modifikation von Boas.

5) Methylviolett ist ein sehr scharfes Reagens, indem es auch die letzten Spuren der durch Farbstofflösungen überhaupt nachweisbaren Salzsäure erkennen lässt, aber es schlägt manchmal auch aus, wenn keine ClH vorhanden ist.

6) Das Günzburg'sche Reagens (Phlorogluein-Vanillin) ist in jeder Richtung zuverlässig — sehr scharf und untrügerisch.

Nach diesen Ausführungen, gegen deren Begründung — beiläufig bemerkt — ein Widerspruch an dieser oder jener Stelle wohl zu erheben wäre, geht Verf. zu der Frage über, ob sich durch die Farbstoffreaktion überhaupt ein sicherer Schluss auf das Vorhandensein oder Fehlen freier ClH gewinnen lässt. Diese Frage beantwortet Verf., unter Beibringung einiger eigener Versuche, in demselben Sinne, in welchem sie vor Jahresfrist von Honigmann und v. Noorden entschieden worden ist, d. h. dass die Bedeutung der Farbstoffreaktionen (nicht einer einzelnen, sondern eventuell mehrerer! Ref.) zum Nachweis freier und verdauungskräftiger Salzsäure im Mageninhalt durch die Versuche von Cahn und v. Mering nicht erschüttert worden sei.

von Noorden (Gießen).

---

7. **A. Strümpell.** Über die traumatischen Neurosen.
(Berliner Klinik 1888. No. 3.)

8. **R. Schultze.** Über traumatische Neurosen.
Inaug.-Diss., Erlangen, 1888.

Zu dem neuerdings wieder das lebhafte Interesse nicht nur der Neuropathologen, sondern der gesammten ärztlichen Welt einnehmenden Kapitel der sog. »traumatischen Neurosen« liefert Strümpell einen schätzenswerthen Beitrag in dieser Arbeit.

S. theilt die traumatischen Neurosen in 2 Hauptgruppen: 1) örtliche, 2) allgemeine traumatische Neurosen. Von dem Symptomenbild der letzteren Gruppe ist vor Allem das psychische Verhalten der Kranken ins Auge zu fassen, das den Charakter der melancholischen und dabei meist hypochondrischen Verstimmung trägt. Diese äußert sich in Energielosigkeit, Angstzuständen, Gedächtnisschwäche, bei schweren Fällen auch in Geistesschwäche und wird durch die meist bestehende Schlaflosigkeit begünstigt. Die Intensität dieser psychischen Symptome ist natürlich in den einzelnen Fällen sehr verschieden; ab und zu bilden sie jedoch fast die einzige Krankheitserscheinung, so dass man dann von einer reinen traumatischen Psychose sprechen kann. Einen weiteren Symptomenkomplex bilden die Störungen der sensoriellen Funktionen, die sich vor Allem in Anästhesien kund geben. Doch finden sich eben so auch Hyperästhesien, speciell an den von dem Trauma betroffenen Körpertheilen, zuweilen partielle

Empfindungslähmungen, sehr selten reine Hemianästhesien. Die Untersuchung muss sich auf alle Sinne beziehen, da häufig gerade hierbei die stärksten Störungen angetroffen werden. Subjektive schmerzhafte Empfindungen an der Stelle des Traumas, Rücken-, und Kopfschmerzen, so wie starke Schmerzempfindlichkeit bei der Perkussion des Kopfes sind häufig.

Fast nie fehlen Störungen der Motilität, die sich hauptsächlich in einer Schwäche der willkürlichen Innervation äußern. Eben so häufig treten gewisse motorische Reizerscheinungen, wie Zittern, Muskelspannungen und Muskelsteifigkeit, letztere namentlich bei passiven Bewegungen in Erscheinung.

Von den Reflexen sind die Sehnenreflexe meist gesteigert, die Hautreflexe je nach der Beschaffenheit der betreffenden Hautregion (Hyper- oder Anästhesie) gesteigert oder herabgesetzt.

Trophische Störungen sind mit Ausnahme des oft zu beobachtenden Haarausfalles oder Ergrauens selten. Funktionelle Störungen der inneren Organe äußern sich in Klagen über Appetitmangel, Druck im Magen, Neigung zur Übelkeit, den Symptomen nervöser Dyspepsie. Im Anschluss daran treten dann Stuhlgangsanomalien auf. Die Herzthätigkeit ist in Folge der psychischen Alteration beschleunigt. Die häufige Abnahme des Geschlechtstriebes ist wohl der allgemeinen Depression zuzuschreiben.

In Folge der Ähnlichkeit mit Neurasthenie hat man vorgeschlagen, das obige Symptomenbild einfach als traumatische Neurasthenie zu bezeichnen. Doch sprechen hiergegen die bei Neurasthenischen fehlenden sensoriellen Störungen. Letztere haben wieder Veranlassung gegeben, die traumatische Neurose als »traumatische Hysterie« aufzufassen. Diese Ansicht, deren Hauptverfechter Charcot ist, ist von Oppenheim und Thompson vor Allen bekämpft worden. S. glaubt, dass es sich bei allen diesen Meinungsverschiedenheiten um einen Wortstreit handelt, da Hysterie und Neurasthenie selbst noch zu schwankende Krankheitsbegriffe darstellen und auch die einzelnen Fälle von traumatischer Neurose durchaus nicht gleichwerthig sind. In einem Theile der Fälle hält S. die sämmtlichen Krankheitssymptome für rein psychischen Ursprungs, in einem anderen will er die rein körperliche Erschütterung des Nervensystems für das Zustandekommen des Bildes verantwortlich machen. »Es ist durchaus denkbar, dass die Veränderungen, welche das Gehirn und eben so wahrscheinlich auch das Rückenmark durch eine plötzliche heftige Erschütterung zweifellos erfährt, sich nicht in allen Fällen wieder vollständig zurückbilden, dass mithin zuweilen in der That eine freilich noch unbekannte, aber doch immerhin vorhandene feinere materielle Störung des Nervensystems dauernd zurückbleibt.« Letztere Hypothese wird gestärkt durch die ungemein ungünstige Prognose der Fälle; ein großer Theil der Fälle scheint unheilbar zu sein, einzelne Fälle verchlimmern sich sogar im Laufe der Jahre. Zuweilen entstehen gleichzeitig mit der traumatischen Neurose wirk-

liche grobe traumatische Gehirn- und Rückenmarksläsionen. In Bezug auf die vielbesprochene Frage der Simulation bei solchen Pat., schließt sich S. der Ansicht der meisten anderen Neuropathologen an, wonach dieselbe verhältnismäßig selten ist, da das Krankheitsbild ein viel zu eigenartiges ist, um simulirt werden zu können. In zweifelhaften Fällen genügt stets eine nicht allzu lange Krankenhausbeobachtung, um ein sicheres Urtheil zu fällen.

Bei der zweiten Gruppe, den lokalen traumatischen Neurosen, handelt es sich um die Erscheinung ausgesprochener nervöser Störungen nach einem meist unerheblichen Trauma an einer beschränkten Körperstelle, gewöhnlich einer Extremität. Eine allgemeine Erschütterung der Centralorgane ist in der Regel nicht damit verbunden, dagegen ist das Trauma von einer heftigen psychischen Einwirkung begleitet, zumal wenn es sich um leicht erregbare Individuen, wie Kinder, handelt. Das Symptomenbild ist dem oben geschilderten durchaus ähnlich; jedoch bleiben alle die Veränderungen der Sensibilität, Motilität, Reflexe etc. auf den Ort resp. die Umgebung der afficirten Körperstelle lokalisirt und außerdem besteht keinerlei Störung der Psyche.

Da es sich bei dieser Art der Neurose um rein funktionelle Störungen handelt, so deckt sich diese Form mit dem Bilde der Hysterie; man hat daher auch mit Recht den Namen »traumatische Hysterie« auf dieselbe angewandt. Als »Hysterie« will S. jede nervöse Erkrankung bezeichnen, die »auf einer Störung der normalen Verbindung zwischen den im engeren Sinne körperlichen und den psychischen Vorgängen beruht«.

Die Prognose dieser Neurosen ist natürlich bei Weitem günstiger als die erstere Form; Heilung tritt, wenn auch häufig erst nach längerer Zeit, wohl immer ein.

Mischformen beider Arten von traumatischen Neurosen kommen nicht selten vor, eben so Kombinationen zwischen echt anatomischen traumatischen Läsionen und traumatisch-neurotischen Läsionen. —

In der auf Strümpell's Anregung und unter seiner Leitung verfassten lesenswerthen Dissertation findet sich neben einer Übersicht über die Litteratur, so wie einer anschaulichen Schilderung über das Wesen und das Symptomenbild eine Zusammenstellung von 13 Fällen von traumatischer Neurose aus der Erlanger Klinik.

A. Neisser (Berlin).

---

9. V. Mibelli. Die Pathogenese der Alopecia areata.

(Bollet. della sez. dei cult. delle scienze med. di Siena 1888. Fasc. 8. p. 314.)

In weiterer Fortsetzung seiner experimentellen Untersuchungen kommt M. auf Grund seiner Versuchsergebnisse zu Anschauungen, welche zwischen denen Joseph's, des Verfechters der trophischen Nerven und seiner Gegner, Samuel und Behrend etwa die Mitte halten. Unter 30 Experimenten scheidet M. zunächst 15 als aus irgend einem Grunde misslungen aus; unter den 15 übrigbleibenden trat

circumscripter Haarausfall nach Exstirpation des 2. Cervicalganglion 10mal, darunter 3mal ausschließlich im Gebiete der exstirpirten Nerven, 3mal außerdem an anderen Körperstellen, 4mal bloß an ganz anderen Körperregionen auf. In 5 Fällen zeigte sich nirgends ein Haarausfall oder eine andere pathologische Affektion der Haut. Das Auftreten des Haarausfalles schwankte der Zeit nach ungeheuer und zeigte sich das eine Mal 9, ein anderes Mal 10, ein drittes Mal 47 Tage nach der Operation. Außer dem Haarausfall zeigte sich einmal eine leichte oberflächliche Erosion an einer kahlen Stelle des Kopfes, ein anderes Mal eine dünne Kruste im Centrum eines ähnlichen Herdes ebenfalls auf dem Kopfe, in einem dritten Falle ein echtes vesikulöses Ekzem an der Stelle des Haarausfalles.

Einfach phlegmonöse Entzündungen, von der Operationsstelle ausgehend, wie Samuel annimmt, können den Haarausfall nicht hervorrufen, da bei der äußerst einfachen Operation eine kaum merkliche Reaktion einzutreten pflegt, die kahlen Stellen 5—6 cm von der Operationswunde entfernt und von ihr durch gesunde — kein Defluvium capillorum zeigende — Kopfhaut getrennt sind. Auch andere Nebenumstände, wie das verschiedene Alter, der Gesundheitszustand der Versuchsthiere etc. spielen keine Rolle. Der Haarausfall muss also von der gesetzten Nervenläsion abhängen; d. h. nun noch nicht, wie Joseph annimmt, er muss die Folge einer Zerstörung trophischer Nerven sein. Dagegen spricht die Inkonstanz der positiven Resultate, das Auftreten der kahlen Stellen an anderen Körperregionen, die begleitenden Hautentzündungen, so wie schließlich das stets beobachtete Wiederwachsen der Haare. Auch eine Zerstörung sensibler Nervenfasern ist nicht anzunehmen, da auch M. nie Sensibilitätsstörungen beobachtet hat; eine direkte Zerstörung von Gefäßnerven scheint durch die Angabe Gaskell's, dass der 2. Cervicalnerv der Katze keine vasomotorischen Fasern enthält, ausgeschlossen. Immerhin sind Cirkulationsstörungen, auf indirektem Wege hervorgerufen, denkbar und werden durch die beobachteten Hautentzündungen wahrscheinlich gemacht. M. bezieht sich auf die von Goltz, Luciani, Bufalini, Rossi und Baldi nach partiellen Exstirpationen am Groß- und Kleinhirn, so wie an den Spinalwurzeln beobachteten Hautentzündungen, welche oft von Haarausfall begleitet waren; er stellt seine Versuche in Parallele mit den genannten und nimmt an, dass die Exstirpation der Ganglien in irgend einer Weise die Ernährung der Nervencentren störe und erst in Folge dieser centralen Erkrankung — die nur eine leichte und vorübergehende sein könne — es auf noch unbekannte Weise zu Cirkulationsstörungen in der Haut mit consecutivem Haarausfall komme. Auffallend ist, wie auch Luciani bei seinen zum Theil noch nicht publicirten Versuchen gesehen, dass zwischen dem Ort und der Ausdehnung der centralen Störung und der folgenden Hauterkrankung gar kein konstantes Verhältnis obwaltet und dass die letztere bei sorgfältiger Überwachung fast ausnahmslos in Heilung übergeht.

In derselben Weise nimmt nun M. für die Alopecia areata eine leichte centrale Erkrankung mit consecutiven Störungen der Cirkulation in gewissen Hautgebieten als Ursache an, indem er so dieselbe — in weiterem Sinne freilich — ebenfalls als Trophoneurose auffasst.

A. Blaschko (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **Hauser.** Über einen Fall embolischer Verschleppung von Thrombenmaterial aus dem rechten Herzen in periphere Körperarterien.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 35.)

Bei einem an akuter Nephritis verstorbenen 44jährigen Manne fanden sich bei der Sektion hämorrhagische Infarkte im Unterlappen der rechten Lunge und zahlreiche frische Infarkte in der Milz und besonders beider Nieren. Diese Embolien waren ausgegangen von einem Thrombus, der im rechten Vorhof saß mit einem durch das spaltförmige offene Foramen ovale hindurchgeschobenen Ende, das als ein etwa 1 cm langer und 4 mm dicker Zapfen in den linken Vorhof hineinragte.

Höchst auffallend war, dass der Thrombus durch das nur wenig spaltförmig offenstehende Foramen ovale vom rechten Herzen in das linke Herz durchtreten konnte.

Seifert (Würzburg).

11. **Steell.** Case of excavated malignant tumor of the lung.

(Lancet 1888. No. 3400.)

Ein 45jähriger Mann erkrankte im Mai 1887 mit Hämoptoe und magerte rasch ab, obwohl noch im August eine Erkrankung der Lungen nicht nachweisbar war. Im Anfang des Winters stellten sich heftige Schmerzen auf der Brust ein und als man untersuchte, fand man über dem rechten Oberlappen absolute Dämpfung, erhebliche Resistenz und Mangel des Athemgeräusches, dabei Erweiterung der Venen des rechten Armes. Erst im Januar 1888 stellte sich Husten mit reichlichem fötiden Auswurf ein. Ende Februar konstatirte man Erweiterung und mangelnde Athembewegungen an der oberen Thoraxhälfte rechts. Neben dem Zeichen der Konsolidation fanden sich jetzt auch deutliche Höhlensymptome. Am 7. März starb der Kranke. Die Sektion ergab ein durch Zerfall im Inneren hohl gewordenes »Lymphosarkom« des rechten Oberlappens.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

12. **Treves.** Clinical Lecture on Hernia into the Foramen of Winslow.

(Lancet 1888. No. 3398.)

Bisher sind nur 4 Fälle von Hernia foraminis Winslowii bekannt geworden (Rokitansky, Blandin, Majoli, Square). Diese große Seltenheit ist bedingt 1) durch die geringe Größe des Foramen, welches in der Regel nur einen Finger durchlässt; 2) durch die Lage desselben hoch oben in der Bauchhöhle an einer solchen Stelle, an welcher die zu Brüchen führenden Schädigungen nicht leicht einwirken können, und 3) durch die straffe Befestigung der zunächstliegenden Darmtheile (Duodenum, Flexura hepatica coli und Colon transversum).

Der 5. Fall dieses seltenen inneren Bruches, welcher von T. beobachtet und untersucht wurde, betraf einen vorher vollständig gesunden 26jährigen Mann, der am 9. April 1888 2 Stunden nach einem starken Mahle von heftigen Schmerzen am und über dem Nabel, mit Ohnmachtsanwandlungen und kaltem Schweiße befallen wurde. Die Schmerzen waren krampfartig, mit kurzen Intervallen. Am nächsten Morgen (den 10.) kam es zum Erbrechen, das sich von nun ab in wechselnder Häufigkeit (1—15mal in 24 Stunden) wiederholte und nie fäkulent wurde. Der mittlere Theil des Epigastrium war stark aufgetrieben, Abdomen sonst normal. Am 12. kam es zum ersten und am 13. zum letzten Male während der Krankheit zu einer Stuhlentleerung nach Einlauf. Puls regelmäßig, klein; 85—100; Temperatur subnormal. Urin spärlich, mit hohem Gewicht. Am 17., also 8 Tage nach Beginn der Erkrankung, öffnete man den Bauch und fand eine irreponible Hernia

foraminis Winslowii. An eine Befreiung der Darmschlinge durch Erweiterung des Foramen war wegen der hierbei unvermeidlichen Durchschneidung der Lebergefäße nicht zu denken. 6 Stunden nach der Operation starb der Kranke. Bei der Sektion fand man, dass Coecum, Colon ascendens, die Hälfte des Colon transversum und einige Dünndarmschlingen durch das Foramen Winslowii getreten waren. Letzteres ließ 4 Finger durch. Coecum und Colon ascendens hatten zusammen mit dem Jejunum und Ileum ein sehr langes Mesenterium, dessen Wurzel sich in der Duodenalgegend befand — eine Abnormität, die als Stehenbleiben auf einer früheren Entwicklungsstufe aufzufassen ist.

T. hält es für möglich, dass nach unserer jetzigen Kenntnis der Symptome die Diagnose der Hernia foraminis Winslowii ohne Explorativincision intra vitam gestellt werden kann. In allen genauer mitgetheilten Fällen wird großer Werth auf die Lokalisation des Schmerzes im Epigastrium und die auf diese Gegend beschränkte Auftreibung des Leibes gelegt. Erscheinungen von Seiten der Leber, insbesondere Ikterus, scheinen in keinem Falle vorhanden gewesen zu sein.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

13. **A. Bianchi.** Ricerche sperimentale e cliniche intorno alla possibilità di delimitare esattamente l'area del contenuto gastrico, suo valore semejologico e sue modalità.

(Sperimentale 1888. Oktober.)

Verf. betont die Vorzüge der bekanntlich von ihm ausgebildeten stethoskopischen Auskultation des Perkussionsschalles für die Bestimmung der Grenzen des Mageninhaltes (und somit mittelbar der Lage, Form und Ausdehnung des Organes selbst) vor dem gewöhnlichen Perkussionsverfahren. Er erörtert die Anwendung und Brauchbarkeit seines Verfahrens derart, dass er die klinische Zulässigkeit desselben in Thierexperimenten und Krankenbeobachtungen feststellt und nun ohne Weiteres alle Ergebnisse, welche die Semiologie des Magens auch vor ihm und ohne seine Methode bereits umfasste, nebst allen üblichen Folgerungen für die Diagnostik, Therapie etc. einfach auf Rechnung seiner (eigentlich der Camman-Clarcke'schen) Methode setzt.

G. Sticker (Köln).

14. **Chrétien.** Note sur quelques lésions consécutives à un grand traumatisme de la région abdominale.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 5.)

Ein 47jähriger Mann war von einem schwer beladenen Wagen überfahren worden, wobei ein Rad desselben stark auf die Crista iliaca sinistra gedrückt hatte. 5 Stunden später trat der Tod ein.

Autopsie: An den entsprechenden Stellen der Bauchwand sind die Bauchmuskeln in ihren tiefen Theilen zerstört. Das Mesenterium ist in einer Länge von 30 cm von seiner Anheftungsstelle getrennt, links setzt sich die Loslösung aufs Peritoneum viscerale fort, so dass in einer Länge von 6 cm die Muscularis bloß liegt; die Serosa ist hier gefaltet und gerunzelt. Nach außen und vorn vom linken Zwerchfellschenkel an der Vereinigungsstelle des muskulösen und sehnigen Theiles ist eine Öffnung vorhanden, durch welches Magen, großes Netz und ein Theil des Colon transversum in die Brusthöhle gelangt sind. Der Magen hat sich dabei mit der großen Curvatur nach oben gedreht, so dass diese in der Höhe des 2. Intercostalraumes liegt, während Cardia und Pylorus sich in der Abdominalhöhle befinden und den Stiel der Hernie bilden. Die linke Lunge ist nach innen gegen das Mediastinum gedrängt. Das Netz ist durch einen vertikalen Riss in ganzer Länge in zwei Hälften getheilt. Der Magen enthält graue Flüssigkeit, ist dilatirt (2300 ccm Inhalt). Darm, Leber, Milz, Nieren, Uretheren, Blase sind intakt. — Im kleinen Becken ca. 100 g Blut (im Pleuraraum kein Blut). In der Lumbo-iliacal-Gegend im subperitonealen Zellgewebe links ein beträchtliches Blutextravasat. Symphysis pubis vollkommen getrennt; der Körper des Os pubis ist vom Os ilei durch zwei transversale Frakturen gelöst. Spina ossis ilei anterior superior und der benachbarte Theil der Crista sind in drei Fragmente getheilt,

deren größtes dreieckig ist. Die Muskeln des Schenkels sind in der Gegend der oben genannten Hauterosionen mit Blut infiltrirt und zermalmt. An den Femoralgefäßen ist nichts Pathologisches zu erkennen. **G. Meyer** (Berlin).

15. **S. Szenes** (Budapest). Über metastatische Processe in Folge der Otitis media.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 1.)

Nach genauer Mittheilung der vorliegenden Gegenstand betreffenden Litteratur theilt Verf. aus Prof. Böke's Abtheilung für Ohrenkranke im St. Rochusspital 3 Fälle mit, in denen es im Verlaufe der Otitis media zu Metastasen in anderen Organen gekommen ist. Der erste Fall betraf einen 34jährigen Mann, welcher an den Folgen der Erkrankung starb und zur Obduktion gelangte. Es zeigten sich eine eitrige Endophlebitis des linken Sinus sigmoides, eine eitrige Leptomeningitis und Encephalitis, metastatische Abscesse in den Lungen und eine eitrige Pleuritis. Im zweiten und dritten Falle trat Genesung ein; im ersteren bestand eine Eiterung an der ersten Rippe, welche auf operativem Wege beseitigt wurde, im letzteren eine Periostitis des Unterkiefers. Verf. bespricht dann weiterhin die Ätiologie und Pathogenese der Metastasen, die Prognose und Therapie und hebt namentlich die Wichtigkeit der ohrenärztlichen Behandlung hervor.

B. Baginsky (Berlin).

16. **Mercier.** Étude sur la fièvre typhoide avec lésions prédominantes du gros intestin.

(Thèse, G. Steinheil, Paris, 1888.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, während einer schweren Typhusepidemie zwei jener ziemlich seltenen Fälle zu beobachten, in welchen die typhöse Erkrankung vorzugsweise im Dickdarm ihren Sitz hat. Zur Diagnose dieser Lokalisation führt ein meist dem Laufe des Colon entsprechender, bei Palpation sehr ausgesprochener Schmerz, sehr starker Meteorismus, überaus reichliche Diarrhoen. Peritonitis ohne Perforation, Perforation des Coecum und des Processus vermiformis sind bei der Affektion zu fürchten. Nicht zu verwechseln ist dieselbe mit ulceröser Colitis und mit jener Form der katarrhalischen Dickdarmentzündung, wie sie bisweilen nach Abheilung eines typhösen Processes beobachtet wird. Therapeutisch entscheidet sich Verf. für eine antiseptische Behandlung. **M. Cohn** (Berlin).

17. **Huber.** Zur Symptomatologie und Pathogenese des Morbus Basedowii.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 36.)

H. theilt die Krankengeschichte eines 19jährigen Mädchens mit, das vor 4 Jahren an Krampfzuständen und Zittern und ganz allmählicher Abmagerung und Schwäche im linken Arm, besonders der Hand, erkrankte. Später stellte sich Schwellung der Schilddrüse, Exophthalmus ein, das Zittern verbreitete sich auch auf die übrigen Extremitäten. Am auffallendsten war bei der näheren Untersuchung der Tremor und Atrophie und Lähmung einzelner Muskeln im Bereich des linken Armes, so wie die linksseitige Hemianästhesie. Das Gräfe'sche Symptom fehlte. Ungewöhnlich ist in diesem Falle die Reihenfolge, in der die Symptome der Krankheit auftraten. Die Veränderungen im Arme werden als centrale Veränderungen, nicht als neuritische Processe aufgefasst. Den Tremor hatte mit dem ausführlich beschriebenen gemeinsam ein nur ganz kurz mitgetheilter früher in der Eichhorst'schen Klinik beobachteter Fall, der einen 46jährigen Buchdrucker betraf. Beide Pat. zeigten nur am 1. Tage der Beobachtung leichte Temperaturerhöhung. **Seifert** (Würzburg).

18. **A. B. Marina.** Un caso di affezione del midollo spinale con turbe psichiche; guarigione.

(Sperimentale 1888. November.)

Im Anschluss an eine akute fieberhafte Krankheit, die mit profusen Schweißen, Milzvergrößerung und verbreitetem Bronchialkatarrh einherging, übrigens der kli-

nischen Diagnose sich entzog, erfährt der 40 Jahre alte F. A., Hausknecht in einer Apotheke, eine zunehmende Schwäche seiner unteren Extremitäten, die sich allmählich als spastische Paraplegie ausbildet und von mehr oder weniger ausgesprochenen Koordinationsstörungen und Ausfall des Patellarreflexes begleitet wird; später treten außer geringen spastischen Lähmungen in den Armen und Inkontinenz der Blase und des Mastdarmes, so wie sexueller Impotenz Gehirnstörungen in Form von heftigen Kopfschmerzen und hartnäckigem Erbrechen mit vollständigem Gedächtnisverlust hinzu.

Die Diagnose muss sich auf die vage Annahme einer diffusen Erkrankung des Hirns und Rückenmarks beschränken, da sowohl eine Polyneuritis wie eine disseminirte Herdsklerose auszuschließen sind. Die Hirnerscheinungen glaubt Verf. — besonders in Hinsicht auf den Ausgang in Heilung — als Folgezustände einer einfachen Cirkulations- und Nutritionsstörung des Gehirns auffassen zu sollen, die ihrerseits von einer Erkrankung der Medulla oblongata abhängig waren.

Syphilis, Alkoholismus und Nikotinmissbrauch lagen bei dem Kranken nicht vor.

Die Behandlung beschränkte sich nach vorübergehender nutzloser Jodkaliumdarreichung auf die Applikation des absteigenden galvanischen Stromes aufs Rückenmark (10 Milliampères 5 Minuten lang, Platten von 70 qcm Fläche) — solatii causa! Die unverhoffte Wirkung dieser Behandlung war die entschiedene Besserung im Gebrauch der Extremitäten und Wiederkehr des Gedächtnisses nach 50 Sitzungen, endgültige Heilung nach 200 Sitzungen. **G. Sticker** (Köln).

19. R. v. Hoesslin. Pikrinsäuredermatitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 38.)

Ein Mann, der mit orangegelbem Leder gefütterte Schuhe getragen hatte, bekam ein Eksem der Füße, das unter indifferenten Salbenverbänden resp. Borsäureverbänden rasch abheilte.

Die Untersuchung des Farbstoffes des Futterleders ergab, dass die Färbung mit Pikrinsäure im Übermaß geschehen war, einfaches Reiben mit dem nassen Finger bewirkte schon Abfärbung. **Seifert** (Würzburg).

20. M. Bender. Über Lupus der Schleimhäute.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888.)

Durch die in der Bonner Klinik gesammelten Erfahrungen wird wiederum bestätigt, dass Lupus der äußeren Haut oft mit Lupus der Schleimhäute vergesellschaftet ist und dass andererseits das Vorkommen des isolirten primären Schleimhautlupus ebenfalls nicht zu den Seltenheiten gehört. Unter 380 Lupösen war in 173 Fällen neben der äußeren Haut gleichzeitig die Schleimhaut befallen und in 6 Fällen war die Schleimhaut allein afficirt. Ein besonderes Interesse beanspruchen ihrer Seltenheit wegen je ein Fall, in welchem die Zunge und das Rectum, so wie die äußeren Geschlechtstheile lupös erkrankt waren. **Joseph** (Berlin).

21. Lachowicz (Krakau). Über die Wirkung des Phenacetin. (O dzialania fenacetinu.)

(Przeglad lekarski 1888. No. 20. [Polnisch.])

Kurzer Bericht über die mit obigem Mittel bei 6 Kranken beobachteten Resultate; unter den damit behandelten Krankheitsfällen waren Typhus exanth., akute Pneumonia croup. und Pleuraexsudate.

Das Phenacetin erniedrigt sicher die Temperatur durchschnittlich innerhalb 4 Stunden. Die Wirkung ist in den Vormittagsstunden ergiebiger als während der Temperatursteigerung. Es ruft keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor und übertrifft in dieser Richtung das Antipyrin und Antifebrin. Das Fieber fällt langsam, doch bedeutend nach 0,5 um 1,5—3° C. Die nach mehrständiger Temperaturerniedrigung folgende Fiebersteigerung hebt häufig mit leichtem Frösteln an. **Smoleński** (Krakau-Szczawnica).

22. Schub. Beitrag zur Kenntnis des Phenacetin als Nervinum.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1888.

Aus den Mittheilungen S.'s geht hervor, dass Phenacetin bei Migräne und Kephalaeen verschiedener Art, bei Trigeminusneuralgie in Dosen von 1,0 in sehr

günstiger Weise wirkte, während es bei Ischias und nervöser Gastralgie im Stiche ließ.

Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Seifert (Würzburg).

23. **Kaczorowski** (Posen). Über die subkutanen Injektionen von Antipyrin. (O antipyrynie szczególniéj pod skóre zastrzykiwanéj.

(Przegląd lekarski 1888. No. 21. [Polnisch.])

Verf. wandte das Antipyrin bei Gesichtserysipel, Lumbago, Neuralgia intercostalis, Magengeschwür, Ischias, Steinkolik bei Gelbsüchtigen und Hemikranie größtentheils mit eklatantem Erfolge an. Dagegen warnt Verf. vor der Darreichung des Mittels bei Tetanus, wo er es in einem schweren Falle schädlich fand. Subkutane Injektion von Antipyrin leistet ausgezeichnete Dienste gegen funktionelle Neuralgien, übertrifft das Morphin durch die längere Dauer der Wirkung, und ruft keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor, so dass die Pat. sofort nach der Injektion sich bewegen können. **Smoleński** (Krakau-Szczawnica).

24. **Th. J. Mays.** Theine in pain.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1888. Januar.)

Thëin (Merck) bringt lokale Anästhesie hervor. Bei der subkutanen Einverleibung des Mittels entsteht zunächst leichtes Brennen, dem dann Anästhesie in der um die Einspritzung gelegenen Zone folgt. Das Centralnervensystem wird nicht beeinflusst. Beim Kosten des Thëins entsteht lokale Anästhesie der Zungenspitze. Die wirkende Dose beträgt 0,012—0,03 g, und spritzt man $^1/_3$ Spritze der folgendermaßen vorgeschlagenen Solution ein: Thëin. Natr. benzoic. ãã 1,0, Natr. chlor. 0,05, Aq. destill. 10,0. Die seit einem Jahre gewonnenen Erfolge des Verf. sind ermuthigend und erstrecken sich auf Myalgien, Intercostal-, Brachialneuralgien, Ischias etc. **J. Ruhemann** (Berlin).

25. **Auclert.** Sur les effets physiologiques et thérapeutiques du dinitrate de chrysaniline.

Thèse de Paris, 1888.

Die Untersuchungen von A. mit dem unter dem Namen »Phosphine« bekannten Präparat haben ergeben, dass dasselbe ein Sedativum darstellt von unzuverlässiger Wirkung mit sehr unangenehmen Nebenwirkungen auf den Digestionstractus. Gute Dienste scheint es zu thun bei Epilepsie und Hysterie in Dosen von 0,75, doch hat man außer der genannten Nebenwirkung auch die Herabsetzung des Blutdruckes zu beachten, so dass man bei Herzkranken die größte Vorsicht beachten muss. **Seifert** (Würzburg).

26. **A. Schleussner.** Über Hyoscin als Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1888.

An der Jolly'schen Klinik wurden mit einem von Merk bezogenen Hyoscinum hydrochlor. an 18 weiblichen Personen 517 Einzelversuche angestellt. Die Applikation war meist die der subkutanen Injektion. Mit der Einzeldose von 0,3 mg wurde begonnen und nach Bedarf successive gestiegen. Nach den mitgetheilten Resultaten hat sich hier das Hyoscin als ein gutes Hypnoticum erwiesen, das nur selten seine Wirkung versagte (unter 517 Fällen nur 27mal). Die geeignetsten und am sichersten wirkenden Gabengrößen sind 0,4—0,6 mg; vor größeren Gaben warnt Verf. auf Grund eigener Erfahrung. In der ersten Zeit der Anwendung in Straßburg erzeugte nämlich die angeblich 0,5—0,6 mg enthaltende Injektion starke Intoxikationserscheinungen, bestehend in Betäubung, Kongestionen, Puls- und Respirationsbeschleunigung, konvulsivischen Zuckungen. Wie sich herausstellte, war jedes Mal — durch ein Versehen des Apothekers — mehr als das Doppelte an Hyoscin injicirt worden.

Der Schlaf tritt $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach der Injektion ein, mitunter nach einem vorausgegangenen kurzen Rauschstadium; er ist ruhig und dauert 5—7 Stunden. Athmung und Puls werden nicht beeinflusst. Nach dem Erwachen sind die Pat.

frei; etwaige Klagen beziehen sich nur auf Verminderung der Speichelsekretion und Durst. Die Einspritzung selbst ist ziemlich schmerzhaft; per os müssen etwas größere Dosen, 0,7—0,8 mg, gegeben werden; auch tritt der Schlaf später ein.

In beruhigender Hinsicht bei Aufregungszuständen wirkt Hyoscin weniger günstig. Unter 18 Versuchen konnte nur 2mal eine wirkliche Beruhigung konstatirt werden. **Leubuscher** (Jena).

27. P. Terray. Therapeutische Mittheilungen. (Aus der medicin. Klinik des Prof. v. Koranyi in Budapest.)

(Wiener med. Presse 1888. No. 47, 48, 50.)

1) Über Strophanthuswirkung. In 25 Fällen verschiedener Affektionen, meist inkompensirter Klappenfehler, wurde die Tinct. Strophanthi verabfolgt, meist in Gaben von 5 Tropfen 4mal täglich oder etwas größerer Dosis. Aus den erlangten Resultaten ist hervorzuheben, dass das Mittel eine energische Wirkung auf den Herzmuskel äußerte, dass die Herzkontraktionen kräftiger und weniger häufig wurden, der Rhythmus sich besserte, die Diurese im Verhältnis der Blutdrucksteigerung sich mehrte.

Die günstige Wirkung trat schnell ein, verschwand aber nach dem Aussetzen eben so rasch wieder. In einigen Fällen blieb die erwartete Wirkung aus; auch waren zuweilen Magen- und Darmstörungen die Folge der Verabreichung. Zuweilen trat besonders eine sedative Wirkung auf das Centralnervensystem hervor. Der von Anderen beobachtete günstige Einfluss auf kardiale und renale Dyspnoen konnte nicht bestätigt werden.

Bei pleuritischen Exsudaten, Cirrhosis hepatis, Aorteninsufficiens wirkt Strophanthus nicht.

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass das Mittel der Digitalis nicht gleichwerthig sei.

2) Kalomel bei chronischer Hepatitis und Nephritis interstitialis. Bei 6 Fällen von Lebercirrhose und 2 von Nephritis interstit. waren die Erfolge zufriedenstellend. Die Intoxikationserscheinungen waren meist nur geringe. Bei Nephritis parenchym. blieb das Mittel ohne Erfolg. **Leubuscher** (Jena).

28. Kohlschütter. Über das Weigert'sche Heilverfahren bei Lungenschwindsucht durch Einathmen von heißer Luft.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 10.)

Für die Richtigkeit der im Titel genannten Methode spricht a priori die ganz besondere Empfindlichkeit der Tuberkelbacillen gegen Temperaturen von schon 38,5—42° C. Fraglich ist, ob die Bacillen in der Lunge von der heißen Luft — die Exspirationsluft hat 60° C. — überhaupt erreicht werden und ob eine diskontinuirliche solche Einwirkung — intermittirende Sterilisation — von Nutzen sein könne. Bei einem Kranken, der die Methode 7 Wochen anwendete, konstatirte K. Zunahme des Gewichts um 0,85 Kilo, des Thoraxumfanges um $6^1/_2$ cm, Schwinden eines linken pleuritischen Exsudates, der »abnormen Athem- und Rasselgeräusche« und der »Dämpfung«, Abnahme der Dyspnoe, der Tuberkelbacillen im Auswurf, von denen sich nur sporenhaltige fanden, Aufhören von Husten und Auswurf nach anfänglicher Steigerung beider. **K. Bettelheim** (Wien).

Druckfehler-Berichtigung.

In No. 24 p. 432, Zeile 23 von oben lies statt pus: jus de citron.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. Sonnabend, den 29. Juni. 1889.

1. **Cybulski** (Krakau). Einige Bemerkungen über Adamkiewicz's Nervenkörperchen. (Kilka uwag i ciałkach nerwowych Adamkiewicza.)

(Przegląd lekarski 1888. No. 47. [Polnisch.])

Unter strikter Anwendung der von Adamkiewicz angegebenen und geübten Methode unternahm der Verf. sehr zahlreiche mikroskopische Untersuchungen, um sich durch Augenschein von der Existenz der sog. Nervenkörperchen zu überzeugen.

Alle Untersuchungsresultate fielen aber negativ aus, so dass Verf. seine Arbeit in folgenden Sätzen resumirt:

1) In dem Nerven des Menschen existiren keine neue Bestandtheile, keine Nervenkörperchen.

2) Prof. Adamkiewicz benannte damit die Schwann'schen Körperchen.

3) Die Zellen der Henle'schen Scheide hält er fälschlich für Schwann'sche Körperchen, die Henle'sche Scheide selbst für das äußere Blatt der Schwann'schen Scheide.

4) In jedem Ranvier'schen Abschnitt befindet sich immer nur ein Schwann'scher Kern.

5) Diesen Kern umgiebt mehr oder weniger Protoplasma.

6) In diesem Protoplasma findet man außer Myelinkügelchen und -Körnern zuweilen auch (in menschlichen Nerven) zahlreiche Körnchen, die pomeranzengelb gefärbt werden.

7) Die Entstehung dieser Körnchen hängt wahrscheinlich mit der Unterbrechung der Nerventhätigkeit zusammen.

Alle »originellen« Anschauungen Adamkiewicz's über den Nervenbau stimmen mit der Wirklichkeit nicht überein und beruhen lediglich auf der Unkenntnis der Litteratur und auf falscher Untersuchungsmethode. Smoleński (Krakau-Szczawnica).

---

2. A. R. Cohen. Jod-Jodkalium en Jodbismuth-Jodkalium in Zure oplossing als reactieven apliwit in Urine.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1888. No. 24.)

Brücke und Hofmeister haben gezeigt, dass HgJ_2, KJ und BiJ_3, KJ, bei saurer Reaktion Eiweiß ausfällen. Das Jodwismuth-Jodkalium ist als Eiweißprobe für die Urinuntersuchung sehr zu empfehlen, wenn man streng darauf achtet, dass der Urin stark sauer ist. C. fand aber, dass der Wismuth unwesentlich ist und empfiehlt den Gebrauch folgender Solution: Jodi 1,2, Kal. jod. 1,8, Aq. depur. 150, Ac. acet. glac. 150.

Giebt man zum Urin so viel dieser Lösung, dass eine prononcirt gelbe Farbe entsteht, dann findet man noch ein Präcipitat, wo Pikrinsäure und die Heller'sche Salpetersäureprobe kein Resultat mehr geben und wo die Probe von Heynsius nur Zweideutiges liefert.

Ein sehr scharfes Reagens also für Eiweiß. Andere Stoffe als: Glykose, gallensaure Salze, Gallenfarbstoffe, behindern die Eiweißfällung nicht und verursachen selber im eiweißfreien Harn keinen Niederschlag. Feltkamp (Amsterdam).

---

3. Rallière. Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur.

(Thèse de la Faculté de Médecine de Paris 1888.)

Eingehende am Hunde angestellte Versuche über den Einfluss der Hyperthermie auf den Organismus führten den Verf. zu folgenden Ergebnissen:

Die Körpertemperatur kann bis auf 5 oder gar 6° über die Norm erhöht werden, wenn diese Erhöhung eine vorübergehende ist und eine Abkühlung unmittelbar folgt. Die Gefahr der Hyperthermie liegt ganz allein in deren Dauer.

Thiere, die eine Übererhitzung durchgemacht haben und sich danach wieder wohl fühlten, können noch in den nächsten 24 Stunden sterben; nach Ablauf dieses Zeitraumes pflegen ungünstige Ereignisse nicht mehr einzutreten.

Hat das Thier vorher Chloral bekommen, so ist die Gefahr eine ungleich größere: der Tod tritt oft früher, bei geringeren Wärmegraden und kürzerer Dauer der Einwirkung ein. Oft treten gleich nach der Erhitzung, bisweilen erst später bis zum Ablauf von 36 Stunden allgemeine Krämpfe ein und die Thiere sterben dann bei subnormaler Temperatur bis zu 26° oder bei nahezu normaler Temperatur. Auch tritt zuweilen der Tod ohne vorausgegangene Krämpfe ein.

Verf. schließt aus seinen Versuchen, dass die Anwendung des Chlorals bei sehr hohen Temperaturen oder bei andauernder mäßiger Steigerung der Eigenwärme kontraindicirt ist und meint, dass der Höhe des Fiebers überhaupt bei Anwendung von Medikamenten mehr als bisher Rechnung getragen werden müsse.

M. Cohn (Berlin).

---

4. P. **Ernst** (Heidelberg). Über Kern- und Sporenbildung in Bakterien.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. V. p. 428—486.)

Nachdem Verf. in einer früheren Arbeit eine neue Methode der Sporenfärbung angegeben hatte, die an Leistungsfähigkeit die bisher üblichen zu übertreffen schien und die sich bei einer Reihe von Bakterienarten, auch bei Kokken bewährt hatte, theilt Verf. in der vorliegenden Arbeit seine Erfahrungen mit, die er bei weiterer Prüfung und Anwendung jener Reaktion bezüglich deren Bedeutung und Werth für die Kenntnis der Sporulation erzielt hat. Den Gang der Untersuchung schildert Verf. eingehender zunächst an dem Bacill. fluorescens putridus: Bei Zimmertemperatur findet auf Gelatine und Agar eine Sporenbildung desselben nicht statt; werden aber Kartoffelkulturen nur kurze Zeit einer Temperatur von 37,5° exponirt, so erfahren die Bacillen ein kräftiges Längenwachsthum und es beginnt in denselben eine neue Substanz in kleinen Tröpfchen sich auszuscheiden, die mit dem Wachsthum der Bacillen zunehmen, während gleichzeitig diejenigen Stäbchen, die diese Sporenbildung nicht zeigen, zu degeneriren und zu zerfallen beginnen. Die sporenhaltigen Bacillen halten sich noch längere Zeit danach, die Sporen werden schließlich frei und nunmehr scheint sich eine Membran um dieselben zu legen, die sich mehr und mehr verdichtet und verdickt und es ist nur noch ein ganz kleines Pünktchen im Inneren für die Farbenreaktion zugänglich, das daneben auch nach der Neisser'schen Methode färbbar ist und schließlich gelingt es nur noch mit kochenden Farblösungen die Sporen zu färben; in den ersten Stadien der Sporenentwicklung behauptet also die E.'sche Reaktion allein das Feld, dann kommt ein intermediäres Stadium, wo auch die Buchner-

3) Die Zelle[illegible] [Neisser'schen Methode eine Färbung] ermöglichen und schließlich Schwanr[illegible] zu erzielen.
äußere B[illegible] [illegible] auch anderer Bakterienarten, so des
4) [illegible] Buttersäurebacillus und wurzelförmigen Ba-
ein Se[illegible] Typhusbacillus und Bacillus der Mäusesepti-
5[illegible]
[illegible] Frage näher, was diese im Inneren der Bak-
und [illegible] Gebilde, diese Körnchen und Kügelchen sind und
Kö[illegible] auf Grund exakter Untersuchungen zu folgenden Schluss-

[illegible] Die in den Bakterien vorhandenen Körner färben sich blau-schwarz bei Einwirkung warmer Methylenblau- und kalter Bismarck-braunlösung; sie färben sich schwarzviolett mit Delafield'schem Hämatoxylin, schwärzlich mit Platner's »Kernschwarz«.

Es ist einige Male gelungen, den Übergang dieser Körner in Sporen direkt nachzuweisen und der Name »sporogene Körner« deshalb für dieselben gerechtfertigt; sie sind keine Sporen, denn im Gegensatz zu diesen färben sie sich mit Hämatoxylin und Kernschwarz, lassen sich in den Vorstadien leicht peptonisiren, später schwer, färben sich mit Methylenblau-Bismarckbraun schwarzblau, während die fertigen Sporen damit hellblau gefärbt werden, färben sich nicht nach Neisser und verschwinden in allen siedenden Flüssigkeiten. Die Körner sind keine Vacuolen, bestehen auch nicht aus Fett und nicht aus Amylum. Dagegen ist die Auffassung, dass es sich um Zellkerne handle gerechtfertigt und zwar aus folgenden Gründen:

1) sie färben sich mit Hämatoxylin und Kernschwarz;
2) sie leisten in späteren Übergangsstadien Widerstand gegen die Verdauung;
3) es sind in ihnen Theilungserscheinungen beobachtet worden;
4) sie haben die Fähigkeit, selbst zu Sporen zu werden;
5) sie kommen auch bei Oscillarien vor.

Zum Schlusse erwähnt Verf. noch, dass seine Methode sich auch bei Mikrokokken, Sarcinen und Hyphomyceten bewährt habe und dass es nicht undenkbar sei, dass Manches, was bisher unter dem Namen Coccothrix ging, bei Anwendung obiger Methoden als kernhaltige Bakterien sich erweise.

(Zwei kolorirte Tafeln illustriren vortrefflich die Entwicklung dieser Zellkerne bei den verschiedenen Bakterienarten.)

Goldschmidt (Nürnberg).

---

5. G. Alessi. Sulla Trasmissibilità dei germi infettivi mediante le deiezioni delle mosche.

(Arch. per le scienze med. Vol. XII. Fasc. 3. No. 13.)

Unter Leitung von Prof. Angelo Celli stellte der Verf. Experimente über die neuerdings vielfach ventilirte Frage an, ob Mikroorganismen, wenn sie von Fliegen aufgenommen werden, den Darm

derselben passiren können, ohne ihre Lebenskraft und Virulenz einzubüßen. Er fand, dass Tuberkelbacillen im Darm und Koth von Fliegen lebend und virulent bleiben; desgleichen Typhusbacillen, Milzbrandbacillen und Staphylococcus aureus. Die Spirillen von Cholera nostras blieben im Darm der Fliege lebensfähig, erwiesen sich aber in den eingetrockneten Exkrementen als abgestorben.

F. Neelsen (Dresden).

---

6. S. T. Sörensen (Kopenhagen). Über die Incubationszeit des Scharlachfiebers.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 6 u. 7.)

Die Kenntnis der Länge der Incubationszeit des Scharlach ist für die Prophylaxis wichtig. Jamieson's prophylaktische Behandlung (Bäder, Schlunddesinfektion) darf nur unter Berücksichtigung der (2—4tägigen) Incubationszeit und des Umstandes, dass nicht alle Kinder einer Familie ansteckungsfähig sind, beurtheilt werden. Bei der sog. temporären Immunität scheinen S. die Invasionsthore klein und versteckt zu sein. In Fällen mit präsumptiv weiten Invasionsthoren (bei Verwundeten, Operirten, Wöchnerinnen) fand Paget — der in der Operation nur ein die Resistenz des Organismus depotenzirendes Moment erblickte — eine 1—3tägige, S. in 12 Fällen von Puerperalscharlach eine 1—8tägige und in 10 Fällen von Scharlach bei im Spital inficirten Tracheotomirten eine 1—6tägige Incubation. Obgleich S. selbst die Fälle aus der Litteratur anführt, wo die Incubation bei Nichtoperirten 6—24 Stunden dauerte, meint er doch, dieselbe sei bei Operirten etwas kürzer, ja werde zuweilen ganz vermisst (? Ref.), es existire vielleicht kein »echtes Incubationsstadium«. Die Annahme einer langen Incubationsdauer (bis 13 und 28 Tage bei Jürgensen und Seitz) hält S. für ganz unberechtigt.

K. Bettelheim (Wien).

---

7. A. Fraenkel. Zur Lehre von der sogenannten Weil-schen Krankheit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 9.)

Ein 22jähriger kräftiger Student bekam in Folge einer Kopfwunde nach zweitägigem vollständigen Wohlbefinden plötzlich hohes Fieber, das mit Schüttelfrost einsetzte; Delirien, große Apathie; das Fieber dauerte fort und am nächsten Tage zeigte sich in der Umgebung einer Schrunde in der Nähe jener Kopfwunde eine zweimarkstückgroße erysipelatöse Röthung, in der Nacht darauf stellen sich Diarrhoen und Erbrechen ein, die Temperatur sinkt allmählich und am 6. Krankheitstage entwickelt sich Ikterus mit starkem Gallenfarbstoff- und mäßigem Eiweißgehalt des Urins; am nächsten Tage geringes Fieber, stark belegte Zunge, viel Durst, Schwellung und Druckempfindlichkeit der Leber; das Erysipel ist total verschwunden, der Koth thonartig. Nach abermaligem Anstieg der Temperatur kritischer Abfall unter Schweiß, subjektive Euphorie, Abnahme des Ikterus, Abnahme des Albumen, Zurückgehen aller Krankheitserscheinungen; nur eine abnorme Schwäche und Mattigkeit blieb zurück und Pat. magerte bedeutend ab. Am 9. Tage nach der Entfieberung machte derselbe eine Ausfahrt, fühlte sich aber davon sehr angegriffen und 13 Tage nach dem Fieberabfall konstatirte man neuerdings Fieber, es bestand große Mattigkeit, Appetitlosigkeit, das Fieber fiel ohne richtiges Fasti-

gium alsbald staffelförmig wieder ab und jetzt zeigte sich auch Milzschwellung, neuerdings Druckempfindlichkeit der Leber ohne Ikterus, ohne Albuminurie. Im Blute waren Spaltpilze nicht nachweisbar. Die Rekonvalescenz war eine sehr langsame.

Der Fall deckt sich also in seinem klinischen Verlauf vollkommen mit dem von Weil beschriebenen Krankheitsbilde. Über die Ätiologie kann hier ein Zweifel nicht obwalten: das Krankheitsbild entwickelte sich im Anschluss an eine Wunde und dürfte mit Wahrscheinlichkeit auf eine septische Infektion zurückzuführen sein. Ob sämmtliche Erscheinungen eine Wirkung der in die Cirkulation übergegangenen Erysipelkokken waren, oder ob nebenbei noch eine Sekundär- resp. Mischinfektion mit einem anderen Krankheitsvirus vorlag, ist mit Bestimmtheit bei dem negativen Ausfall der bakteriologischen Blutuntersuchung nicht zu entscheiden; vielleicht waren sämmtliche Erscheinungen auch nur bedingt durch eine auf Bildung chemischer Substanzen beruhende Fernwirkung der Bakterien, wodurch ebenfalls Symptome entstehen können, die der Weil-schen Krankheit als eigenthümlich bezeichnet werden. Der Umstand, dass der Ikterus, die Milzschwellung und Nephritis erst auftraten, als das Erysipel verblasste, so wie die Wiederkehr des Fiebers veranlassen den Verf., diesen ganzen zweiten Abschnitt der Krankheit als »Nachfieber« aufzufassen, das nach den verschiedensten Infektionskrankheiten auftreten kann und in der Mehrzahl der Fälle durch eine sekundäre septische Infektion von einer Wunde, von den Rachenorganen etc. aus bedingt wird.

Da nun ein solches Nachfieber, wie Verf. nachweist, ein besonderes Charakteristicum einer Anzahl unzweifelhaft septischer Infektionsvorgänge ist und da diese Erscheinung auch bei einer Anzahl von Fällen Weil'scher Krankheit beobachtet wurde, da ferner die unter diesem Namen bezeichneten Fälle unter sich große Verschiedenheiten besonders in anatomischer aber auch in klinischer Beziehung aufweisen, und in einer Anzahl von Fällen die Möglichkeit einer Wundinfektion oder einer Infektion oder Intoxikation vom Darmkanal aus gegeben ist, gelangt Verf. zu dem Schlusse, dass dem von Weil geschilderten Symptomenkomplexe weder in ätiologischer noch in symptomatischer und anatomischer Beziehung eine einheitliche Bedeutung zukomme und möchte desshalb derartige Fälle einstweilen nur als »infektiösen oder septischen Ikterus« bezeichnet wissen, obwohl, wie Verf. zugiebt, auch gegen diese Bezeichnung sich Manches einwenden lasse.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

8. G. Sticker. Die semiotische Bedeutung des Fréderic-Thompson'schen Zahnfleischsaumes in der tuberkulösen Phthise.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 37.)

Die Krankheitserscheinungen, welche erfahrungsgemäß der ausgesprochenen Tuberkulose voraufgehen können (Pseudochlorose, Dys-

pepsien verschiedener Art) sind mit einer sehr großen Wahrscheinlichkeit als Ausdruck latenter Phthise aufzufassen, wenn der rothe Zahnfleischsaum (an der Umschlagstelle des Zahnfleisches auf den Zahnhals) mit ihnen gleichzeitig besteht, mit Sicherheit bei jugendlichen Personen. Das Fehlen dieses Saumes unter jenen Umständen ist, wenn es sich um weibliche Personen handelt, für die Diagnose bedeutungslos; handelt es sich dagegen um jüngere männliche Individuen, so ist der Verdacht auf latente Tuberkulose sehr zurückzudrängen, wenn der rothe Streifen am Zahnfleisch fehlt.

Durch einige Beobachtungen beleuchtet S. die praktischen Nutzanwendungen dieses Satzes.

Seifert (Würzburg).

---

9. O. Rosenbach. Über eine eigenthümliche Farbstoffbildung bei schweren Darmleiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Bei Kranken, die mit schweren Darmleiden behaftet waren, fand Verf. fast ausnahmslos eine eigenthümliche Farbenveränderung des Urins bei längerem Kochen desselben unter Salpetersäurezusatz. Wenn er dem Urin, der bisweilen schon an und für sich einen röthlichen Schimmer zeigte, unter beständigem Kochen Salpetersäure zufügte, so sah er denselben eine tief burgunderrothe, im durchfallenden Lichte manchmal blauroth erscheinende Färbung annehmen, dabei durch ausfallenden braunrothen Farbstoff getrübt werden. Bei weiterem Zusatz der Säure wurde dann der Urin oft anscheinend nicht mehr in seiner Färbung verändert, bis plötzlich, manchmal erst nach Zusatz von 10—15 Tropfen der Säure, unter leichtem Aufbrausen eine Umänderung des Roths in Rothgelb und dann in Gelb — unter besonders starker Gelbfärbung des Schaumes — eintrat. Bei vorsichtigem Neutralisiren mit Ammoniak oder Natrium carbonicum kann man die durch jeden Tropfen des einfallenden Alkali entstehenden blauroth gefärbten Niederschläge wieder lösen und allmählich eine fleischrothe und dann eine konstant bleibende rothbraune Färbung herbeiführen. Nach alledem zeigt sich der in Rede stehende Farbstoff, welcher im Gegensatz zum Indigo kein Spektrum liefert, als der resistenteste von den bekannten Urinchromogenen.

Alle von R. untersuchten, die burgunderrothe Färbung zeigenden Urine enthielten nebenher verhältnismäßig reichlich indigobildende Substanz. Eben so scheint die Purpurfarbe sich häufig mit der Anwesenheit von acetonbildender Substanz zu vergesellschaften, da in den betreffenden Harnproben durch Zusatz von Liquor ferri sesquichlorati häufig die der Acetessigsäure eigenthümliche Rothfärbung hervorgerufen wurde, während die eigentlichen Acetonproben im nicht destillirten Urin negativ ausfielen.

Das Auftreten des burgunderrothen Farbstoffes im Harn ist nun nach R. eines der konstantesten Zeichen schwerer Darmaffektionen der verschiedensten Art, deren gemeinsames Charakteristicum eine Störung der Resorption im Gebiete des ganzen Darmkanals ist. Die

gium alsbald staffelförmig wie...
neuerdings Druckempfind...
Blute waren Spal...
langsame.

Der F...
kommen ...
die Ätiol...
bild ent...
Wahrs...
sein.
kula...
noc...
he...
b...

... eine große, aber nicht die
... keinem Falle von Darmocclusion
... Zeichen von Darmcarcinose zu sein,
... Geschwürsbildung im Darm, so-
... Funktionsstörung des Verdauungs-
... nicht bei sehr schweren Diarrhoen und
... in Folge von Anomalien des Darmkanals.
... Konstanz der Farbenerscheinung bilden einen
... Schwere des Leidens.
... durch ein Darmleiden komplicirter Peritonitis,
... tuberkulöser Entzündung der Darmserosa, eben so bei un-
... Perityphlitis, so wie bei hartnäckiger Obstipation wird
... Farbenreaktion vermisst; gleichfalls bei leichteren Magenleiden.
In späteren Stadien des Pyloruskrebses wird sie gefunden.

G. Sticker (Köln).

---

10. W. Jaworski. Zur Diagnose des atrophischen Magenkatarrhs.

(Wiener med. Presse 1888. No. 48 u. 49.)

Bei der als »schleimiger Magenkatarrh« bezeichneten Affektion vermisst man im Mageninhalt die freie Salzsäure, während eine Pepsinbildung noch stattfindet; bei der als »atrophischer Katarrh« bezeichneten Form ist das Fehlen der Salzsäure, des Pepsins und des Labfermentes das hervorragendste klinisch-diagnostische Merkmal. J. macht darauf aufmerksam, dass die bisherigen Methoden des Nachweises der Abwesenheit von Pepsin und Labferment unzureichend sind. Bei Ansäuerung der Verdauungsflüssigkeit mit Salzsäure muss erstere mit den bekannten Farbstoffreaktionen kontrollirt werden und der Zusatz der Salzsäure ist so lange nothwendig, bis sich Tropäolinpapier deutlich rothbraun gefärbt hat. Erst dann ist im Falle der Nichtverdauung eines Eiweißstückchens der Schluss auf Fehlen des Pepsins gerechtfertigt.

Ferner ist hervorzuheben, dass die Pepsinausscheidung abhängig ist gerade von der Einwirkung der Salzsäure. Die in den Magendrüsen vorhandene pepsinogene Substanz geht erst durch Einfluss von Salzsäure und Kochsalz in das eigentliche Pepsin über. Wenn man desshalb verdünnte Salzsäurelösungen in den Magen einführt, so kann man eventuell auch dort, wo nach anderen Untersuchungsmethoden nur ganz schwache oder gar keine Pepsinbildung vorhanden gewesen zu sein schien, eine stark pepsinhaltige Lösung gewinnen, da eben durch die HCl die Pepsinausscheidung in hohem Grade angeregt wird. In säurefreien Mägen, wie z. B. beim schleimigen Magenkatarrh, wird desshalb der größte Theil des Pepsins als Propepsin latent erhalten.

J. führt aus diesem Grunde die Untersuchung auf Pepsinausscheidung in Fällen, wo die Salzsäuresekretion versiegt ist, folgendermaßen aus: In den nüchternen leeren Magen werden am Morgen

200 cm $^1/_{10}$ normale HCl eingeführt; nach einer halben Stunde ruhigen Sitzens aus dem Magen heraufgeholt, das Filtrat der Magenflüssigkeit durch Zusatz von officineller Salzsäure auf den Aciditätsgrad der $^1/_{20}$ normalen HCl gebracht und mit $^1/_{20}$ normaler HCl so lange in einer Reihe von Fläschchen verdünnt, bis dasselbe ein Eiweißstückchen von 1—1 $^1/_2$ cg Gewicht, in 10 ccm Verdauungsflüssigkeit hineingelegt, binnen 24 Stunden zu verdauen aufhört.

Da nach den Untersuchungen von Grützner Pepsin und Labferment in ihren Mengen einander parallel gehen, so ist zu schließen, dass bei obigem Untersuchungsverfahren nicht nur die Pepsin-, sondern auch die Labfermentsekretion angeregt wird.

Seit J. diese Art der Untersuchung befolgt, hat er nur einen einzigen pepsinfreien Magen gefunden.

Der Werth der Salzsäure als eines mächtigen therapeutischen Agens beim schleimigen Katarrh wird durch diese Beobachtungen in das richtige Licht gestellt. **Leubuscher** (Jena).

---

11. **Eulenburg.** Zur Symptomatologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 1—3.)

Gegenüber der geläufigen Vorstellung über die Basedow'sche Krankheit hebt E. in seinem interessanten Aufsatze hervor, dass in einer wahrscheinlich nicht geringen Anzahl von Fällen die differentielle Diagnose sehr erschwert, sei, so dass die Beachtung von Nebenerscheinungen diagnostisch oft bedeutungsvoll werde. Unter diesen würden das bekannte Gräfe'sche und Stellwag'sche Symptom (Aufgehobensein des spontan, unwillkürlich erfolgenden Lidschlags) als verhältnismäßig seltene Befunde zu nennen sein. Häufiger und nicht ohne gewisse Berechtigung sei der Tremor von Charcot unter die Hauptsymptome gerechnet worden, wenn freilich derselbe zuweilen auch fehle. In großer Mannigfaltigkeit erschienen Veränderungen am Hautorgan, wie Röthung, Urticaria, Hyperhidrosis, Pigmentanomalien, Komplikation mit Addison'scher Krankheit (bisher erst in 2 Fällen beobachtet) u. A. In Zusammenhang mit den verschiedenartigen Anomalien der Haut ständen eigenthümliche Befunde der galvanischen Exploration und zwar eine mehr oder weniger beträchtliche Herabsetzung des galvanischen Leitungswiderstandes, und zwar der »relativen Widerstandsminima«, in Verbindung mit einem zeitlich sehr beschleunigten Ablauf der Widerstandskurve (äußerst rapides Eintreten des relativen Widerstandsminimum). Der Bestimmung des absoluten Widerstandsminimums misst Verf. nicht die gleiche praktische Bedeutung zu.

Da die Basedow'sche Krankheit unmöglich eine reine Lokalneurose, sondern vielmehr als ein mit bestimmten Lokalisationen einhergehender allgemeiner nervöser Erschöpfungszustand sei, so gehöre die Krankheit in ihren schweren Erscheinungsformen nur in Anstaltsbehandlung. Es sei jedoch nicht in Abrede zu stellen, dass

auch kohlensäurehaltige Mineralbäder und Eisenmoorbäder, öfters, auch in selbst vorgeschrittenen Fällen, Kurorte in beträchtlicher Höhe sehr befriedigende Erfolge aufzuzeichnen hätten. Selbst die schlimmsten Komplikationen mit organischen Herzkrankheiten, mit Fehlern am Klappenapparate, böten keine unbedingte Kontraindikation dar. Von hydrotherapeutischen Vornahmen empfiehlt Verf. die leichteren Formen der Kaltwasserbehandlung, kohlensäurehaltige Sool- und Stahlbäder und hydroelektrische Bäder eventuell in Verbindung mit der lokalen Anwendung der Elektricität. Von sehr günstigem Einfluss sei in geeigneten Fällen eine nach Art der Playfair'schen Methode eingeleitete systematische Ernährung.

Peiper (Greifswald).

Kasuistische Mittheilungen.

12. J. Boas. Ein Fall von Rumination beim Menschen mit Untersuchung des Magenchemismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. p. 627.)

Verf. beschreibt einen Fall von Rumination, der besonderes Interesse beansprucht, weil der genau erhobene Befund des Verdauungschemismus im Magen sich in vielen Stücken gegensätzlich verhielt zu den Anomalien des Chemismus, welche C. Alt kurz vorher bei einem Kranken mit Rumination festgestellt hatte. Trotz des Gegensatzes im Einzelnen zeigten beide Fälle eine gewisse Übereinstimmung im Verlauf.

Alt hatte bei seinem Kranken als objektiv nachweisbare Veränderung der Magenfunktion eine erhebliche Vermehrung der Salzsäureabsonderung mit allen ihren bekannten Folgeerscheinungen für den Ablauf der Magenverdauung gefunden. Der Kranke wurde geheilt, als dieser Anomalie wirksam entgegengearbeitet wurde und die Magenverdauung zur Norm zurückkehrte.

B. fand im Gegensatz dazu eine sehr beträchtliche Verminderung der Salzsäureabscheidung. Als durch regelmäßige Salzsäuredarreichung, Ausspülungen des Magens, Brunnenkur und Regelung der Diät die Thätigkeit des Magens (speciell die Salzsäureproduktion) zur Norm zurückkehrte, verschwand auch hier das Wiederkäuen.

Indem Verf. beide Beobachtungen zusammenhält, schließt er daraus, dass das chemische Verhalten der Magenschleimhaut bei der Rumination nicht als essentielles, sondern als accidentelles Moment in dem Symptomenkomplex zu betrachten sei, dass man zwar in jedem Falle die Erkennung und Beseitigung der chemischen Funktionsstörungen anzustreben habe, den letzten Grund der Erscheinung aber in Störungen nervöser Funktionen zu suchen habe. **von Noorden** (Berlin).

13. P. Sonsino. Piletrombosi diagnosticata in vita.

(Sperimentale 1888. Oktober.)

Im Anschluss an den kurzen Bericht über eine eigene Beobachtung von Pylethrombose bei einem 40 Jahre alten Manne erörtert S. die Differentialdiagnose zwischen Lebercirrhose und Pylethrombose und giebt die folgende synoptische Zusammenstellung:

Lebercirrhose.	Pylethrombose.
Selbständige Erkrankung.	Meist sekundäre Erkrankung; oft Folge von Lebercirrhose oder ähnlichen Störungen für die Cirkulation in der Vena portae; Folge von raumbeschränkenden und entzündlichen Processen in der Porta hepatis.

Häufigste Ursachen: Syphilis, Malaria, besonders Missbrauch alkoholischer Getränke.	Meist unabhängig von den nebenstehenden Momenten.
Schleichender Beginn, allmähliches Auftreten von Störungen; zunächst Unordnungen in den Verdauungsvorgängen. Langsame Entwicklung der abdominalen Stauung.	Oft plötslicher und überraschender Eintritt der Störungen, die vorzugsweise als Zeichen abdominaler Stauung sich darstellen.
Im Beginn Zunahme des Lebervolums, nachweislich durch die Perkussion (Bamberger); in der Folge fortschreitende Abnahme der Größe des Organs.	Keine Zunahme des Lebervolums im Beginn; allgemein bleibt meist das Lebervolumen unverändert oder ist ein wenig verringert.
Langsamer und progredienter Verlauf der Krankheit.	Verschiedener Verlauf; oft akut oder subakut.
Ascites, selten im Beginn des Leidens und dann nie beträchtlich; meist spät hinzutretendes Symptom.	Plötzliche Ausbildung des Ascites; beträchtliche Zunahme in kürzester Zeit gleichzeitig mit Auftreten anderer Zeichen abdominaler Stauung.
Flüssigkeit im Peritonealcavum nicht unterschiedlich von dem Stauungsascites aus anderen Ursachen, bei Herzfehlern etc.	Erguss sehr albuminreich.
Rasche Wiederansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle nach der Paracentese.	Noch schnellerer Wiederersatz (Colin und Frerichs).
Sehr häufig starke Entwicklung des Venennetzes in den Bauchdecken und Ausbildung des sog. Caput medusae.	Die Anschwellung der Venen und die Entwicklung des Caput medusae bleibt aus, wenn von der Thrombose der Stamm der Vena portae selbst getroffen ist.
Für gewöhnlich Appetitlosigkeit mit Dyspepsie.	Oft Heißhunger (Stokes).
Ikterus fehlt häufig; Gallensekretion vermindert; zu Beginn der Krankheit Verstopfung.	Ikterus fehlt noch öfters. Gallensekretion zumeist nicht vermindert. Fast stets beträchtliche Neigung zum Durchfall.

G. Sticker (Köln).

14. **F. Wolff. Die Meningitis cerebro-spinalis in Hamburg.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. p. 770.)

Verf. berichtet über Erfahrungen, die über die epidemische Genickstarre im Hamburger allgemeinen Krankenhaus in den Jahren 1879—1886 sich ergeben haben; das verfügbare Material bestand aus 180 Krankheitsfällen.

Die Krankheitsfälle kamen gehäuft in bestimmten Abschnitten der Stadt zur Entstehung; keineswegs waren die dicht bevölkertsten und ärmsten Theile am meisten heimgesucht. Das Krankheitsgift bewies aber eine große Tenacität, indem an einmal befallenem Orte immer aufs Neue frische Herde sich bildeten. Für die Annahme der Kontagiosität ergaben sich keine direkten Beweise, dagegen sprach Manches für die Annahme eines am Boden haftenden Krankheitsträgers.

Was die Häufung der Fälle betrifft, so glaubt Verf. nachweisen zu können, dass ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis der epidemischen Verbreitung von der Sättigung der Luft mit mehr oder weniger Feuchtigkeit bestehe, indem nämlich eine durch lange Zeit andauernde starke Sättigung der Luft mit Feuchtigkeit die Ausbreitung der Epidemie begünstige.

Über das bisherige Ergebnis bakteriologischer Untersuchungen referirt Verf. kurz; eigene Beobachtungen liegen nicht vor.

Betreffs der individuellen Disposition bemerkt Verf., dass die Krankheit sich oftmals an eine plötzliche körperliche oder psychische Erschütterung angeschlossen habe, so dass darin vielleicht ein disponirendes Moment zu suchen sei.

Herpesausbruch bezeichnet Verf. als prognostisch günstig. Die Mortalität betrug im Mittel 41%, in den einzelnen Jahren schwankend, von 33—69%.

von Noorden (Berlin).

15. **Grinevitzki.** Behandlung des chronischen Muskelrheumatismus durch Injektion von Überosmiumsäure.

(Wiener med. Blätter 1888. No. 48. p. 1537 u. 1538.)

Bis heran fand die Überosmiumsäure in subkutaner Injektion nur gegen Neuralgia Anwendung. Irrthümlicherweise hatte G. anstatt einer Cocain-Salicyllösung eine Spritze voll Überosmiumsäure (1%ige Lösung) injicirt. Unmittelbar nach der Injektion in die Lendenmuskulatur trat brennender Schmerz an der Injektionsstelle ein, welcher durch kalte Umschläge bald beseitigt wurde. Am anderen Tage war der heftige Schmerz in der Lendenmuskulatur, welcher durch einen mehrmonatlichen Muskelrheumatismus bewirkt war, fast verschwunden, obwohl die frühere, vielseitige Therapie machtlos gewesen war. Als nach 3 Monaten ein mäßiges Recidiv auftrat, genügten 8 Tropfen einer 1%igen Lösung zur dauernden Beseitigung. G. hat bei einer Anzahl ähnlicher Fälle diese Behandlungsart geprüft und stets guten Erfolg gehabt, gewöhnlich genügten 2 Injektionen von 8—10 Tropfen der 1%igen Lösung; in sehr veralteten Fällen mussten 5—6 Injektionen gemacht werden, mit 8 Tropfen beginnend und zu einer vollen Pravaz'schen Spritze aufsteigend. Unangenehme Zufälle wurden nicht beobachtet, wenn die Einspritzung in die Muskelschicht unter antiseptischen Kautelen ausgeführt wird.

Prior (Bonn).

16. **Tripold.** Über die therapeutische Wirkung des Phenacetin und Thallin.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 8 u. 9.)

T. hat auf der pädiatrischen Klinik von Jaksch die Wirkungen des Phenacetin und Thallin auf den kindlichen Organismus geprüft und kommt zu folgenden Resultaten:

Phenacetin entfaltet in Dosen von 0,1—0,4 g bei Kindern eine kräftige antipyretische Wirkung, die in einer durchschnittlichen Temperaturherabsetzung von 1,2—3° C. ihren Ausdruck findet.

Derartige Temperaturabfälle wurden 2 Stunden nach Verabfolgung des Mittels beobachtet; dann steigert sich die Antipyrese noch, hält an und ergiebt einen Durchschnittswerth von 1,4—3,4° C.

Als Antineuralgicum bewährte sich das Phenacetin bei hartnäckigem Husten, bei Kopfdruck und pleuritischen Schmerzen.

Als unangenehme Nebenwirkungen kommen Cyanose und hochgradige Schweißsekretion, bisweilen leichte Collapserscheinungen in Betracht.

Die verabfolgte Dosis des Thallins schwankte von 0,035—0,3 g, da Verf. erst vorsichtig die Reaktion des kindlichen Organismus kennen zu lernen bestrebt war.

Die Durchschnittswerthe für die Temperaturherabsetzung nach 2 Stunden variirten zwischen 1,1 und 3,5° C.

Die Dauer der Wirkung der Thallinmedikation steht hinter der bei Phenacetin beobachteten zurück.

Die bei der Phenacetinbehandlung aufgeführten unangenehmen Nebenerscheinungen kommen auch beim Thallin öfters zur Beobachtung.

M. Cohn (Berlin).

17. **C. Wernicke.** Herderkrankung des unteren Scheitelläppchens.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XX. p. 243.)

Bei einem 70jährigen Manne wurde eine mit geringfügigem allgemeinem Insult einhergehende, plötzlich eintretende Zwangsstellung der beiden Augen nach rechts und andauernder großer konjugirter Beweglichkeitsdefekt nach links beobachtet. Dieselbe dauerte mehrere Tage an und ließ dann allmählich nach. Gleichzeitig hatte sich eine nicht ganz vollständige Hemianaesthesia sinistra eingestellt. Dazu kamen einige Tage später linksseitige Hemiplegie, plötzlich ohne schweren

allgemeinen Insult einsetzend, und deutlicher Ausfall der linken Seite des Gesichtsfeldes — eine Erscheinung, die schon am ersten Tage wahrscheinlich gewesen war. Der Tod trat nach 9 Tagen ein.

W. hatte die Diagnose gestellt auf akute Herderkrankung des rechten unteren Scheitelläppchens und Anwesenheit eines zweiten Herdes, von dem die erst später einsetzende Hemiplegie abhängig war.

Die Sektion bestätigte die Diagnose der Erkrankung des Scheitelläppchens und wies außerdem einen frischen Herd in der Nähe der inneren Kapsel rechts und einen alten Herd im Pons auf.

Bei der Analyse des Falles zeigt Verf. zunächst, dass die Annahme eines circumscripten Krankheitsherdes in dem ganzen Verlauf begründet war und sodann, dass er Bezug nehmend auf Ergebnisse des Experimentes und mehrerer früherer klinischer Beobachtungen berechtigt war, im unteren Scheitelläppchen den Sitz des Herdes zu vermuthen. Dafür ließ sich verwerthen die konjugirte Augenablenkung und ferner, mit Rücksicht auf die Hemianästhesie, die Erwägung, dass an keiner anderen Stelle, mit Ausnahme des hinteren Theiles der inneren Kapsel (die hier nicht befallen sein konnte), die sensiblen Fasern aller Sinnesgebiete so zusammenliegen, wie im Mark des unteren Scheitelläppchens. Was die Abhängigkeit der Augenbewegungen von dieser Stelle des Großhirns betrifft, so nimmt Verf. an, dass sich im Scheitelläppchen Centren für die Einstellung der Augen befinden; bei ihrer Reizung weichen die Augen nach der entgegengesetzten, bei ihrer Lähmung nach derselben Seite hin ab. Die Bewegungsstörung nach Läsion des einen Centrums könne aber nach einiger Zeit durch Übung wieder ausgeglichen werden, indem das Centrum der anderen Seite vikariirend eintrete.

Bezüglich der Einzelheiten der Untersuchung sei auf das Original verwiesen.

von Noorden (Berlin).

18. **Baracz** (Lemberg). **Vier Fälle von Kontinuitätsunterbindung der Arteriae vertebrales bei Epilepsie.**

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 7—9.)

Die Kontinuitätsunterbindung der Art. vertebrales bei Epilepsie ist mit Hinzurechnung der 4 von B. in der vorliegenden Arbeit ausführlich besprochenen Fälle bis jetzt 45mal ausgeführt worden: mit definitiv gutem Resultat in 8 Fällen, mit Besserung des Zustandes in 11 Fällen, mit unbekanntem Endresultate in 7 Fällen; 19mal blieb der Eingriff ohne Erfolg. Die Operation hält B. für indicirt in jedem Falle von wahrer Epilepsie, in welchem man keine periphere Ursache entdecken kann und in welchem die Behandlung mit allen möglichen inneren Mitteln im Stiche lässt. Schaden durch die Operation ist niemals beobachtet, im Gegentheil oftmals eine Besserung des psychischen Verhaltens der Pat. wahrgenommen worden. Frische Fälle sind für die Behandlung günstiger als chronische, bei denen meist nur eine Besserung, keine vollständige Heilung erzielt wurde.

Auszuschließen von der Behandlung sind Fälle von Reflexepilepsie, welche Traumen ihren Ursprung verdanken, so wie Fälle von sog. Jackson'scher Rindenepilepsie. Bezüglich der Ausführung der Operation muss auf das Original verwiesen werden.

M. Cohn (Berlin).

19. **Pontoppidan. Ein Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse.**

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 2.)

Einem 10jährigen Mädchen wurde in der linken Regio carotidea eine Drüsengeschwulst exstirpirt. Bei dem ersten Verbandwechsel — nach 21 Tagen — zeigten sich mehrere haarlose Flecke am Halse. Haut glatt, weiß, mit normaler Sensibilität. Mikroskopische Untersuchung der gelockerten Haare vom Rande der Affektion ohne besonderes Resultat. Nach 4 Wochen Stillstand des Haarausfalles, der mittlerweile den Kopf in der Ausbreitung der Nervi occipitales major und minor, so wie des hinteren Astes des Nervus auricularis magnus ergriffen hatte. Nach etwa 2 Monaten wieder dichter Haarwuchs auf den erkrankten Stellen. P. glaubt die Alopecia auf Nervenläsion zurückführen zu sollen.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

20. O. Boeck. Ein Fall von Pityriasis pilaris.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 3.)

Die 1854 von Devergie zuerst beschriebene Pityriasis pilaris ist bislang sehr selten beobachtet worden. B. war in der Lage, zwei einschlägige Fälle zu sehen, von denen namentlich der eine eingehend studirt werden konnte.

Ein 55jähriger Kaufmann erkrankte an mit Jucken verbundenen rothen Flecken an den Handtellern, dann an derselben Affektion an den Fußsohlen, auf der Stirn, an der Dorsalfläche der Hände und Finger, an den Vorderarmen und Unterschenkeln. Die Fingerartikulationen blieben frei. Bald stellten sich dicke harte Epidermismassen und tiefe Rhagaden ein. Das für die Krankheit charakteristische Bild boten die Vorderarme dar. Die Haare waren daselbst, wie bei der Gänsehaut, mit einem Hornkegel umgeben. An den Oberschenkeln große Flächen von hell rothgelber oder blasser Chamoisfarbe mit einem eigenthümlichen Silberglanz. Dieselben sind nicht infiltrirt und seidenglatt anzufühlen. Beim Abkratzen der kleinen, kleienförmigen Schuppen erscheint eine halbfeuchte, klebrig anzufühlende Fläche, die weder blutet noch nässt. Die Kopfhaut an einfacher Pityriasis erkrankt. Femorale und inguinale Lymphdrüsen stark geschwollen. Nach 2½monatlicher Beobachtung wurde die Krankheit universell, derart, dass die Haut allenthalben roth, geschwollen wurde und sich warm anfühlte, also das Bild der Pityriasis rubra darbot. Nach 2 weiteren Monaten entschiedener Rückgang durch Bildung gesunder Hautinseln. Nach nochmals 2 Monaten Heilung des Gesichts, der Vorderseite des Halses, der Oberarme, Brust, des Rückens und Unterleibes, dagegen Erkrankung der Nägel. Die Abschuppung an den befallenen Stellen viel geringer. Lymphdrüsen abgeschwollen. Vollkommene Heilung wohl bald eintretend.

Die Erkrankung kann regionär auftreten — und das ist die häufigere Form — und befällt dann mit Vorliebe Vorderarme und Hände —, oder universell, und dann ähnelt sie äußerlich der Pityriasis rubra.

Bezüglich der Ätiologie spricht sich B. für eine trophische Störung im Sinne Samuel's aus.

Die Therapie bestand hauptsächlich in gleichzeitiger Verabreichung von Arsenik und Leberthran. Äußerlich erwies sich der Unna'sche Zinkleim nützlich.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

Bücher-Anzeigen.

21. O. Fraentzel. Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. I. Die idiopathischen Herzvergrößerungen.

Berlin, A. Hirschwald, 1889, 252 Seiten.

Nicht bloß die Freunde und speciellen Verehrer des Verf., sondern auch das große ärztliche Publikum wird es mit Dank aufnehmen, dass derselbe sich entschlossen hat, seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Herzkrankheiten in Gestalt eines größeren Werkes zusammenzufassen. Was von ihm im Laufe der Jahre in werthvollen einzelnen Aufsätzen publicirt worden, tritt uns hier noch einmal im Rahmen einer einheitlichen Darstellung entgegen und legt in beredter Weise von den Verdiensten Zeugnis ab, welche sich F. durch seine Arbeiten um die Entwicklung der Lehre von sogenannten idiopathischen Herzerkrankungen erworben hat. Dass der Verf. sein Werk mit einer zusammenhängenden Bearbeitung gerade dieses Abschnittes der Herzpathologie eröffnet, ist um so mehr zu billigen, als den in Rede stehenden Erkrankungen noch immer nicht die ihrer Bedeutung entsprechende allgemeine Beachtung geschenkt und selbst in den bekanntesten Sammelwerken einzelne Haupttypen derselben mit einem für den Kenner unverständlichen Stillschweigen übergangen werden. Wir erinnern daran, dass F. einer der Ersten war, welcher, gestützt auf eine Reihe wichtiger Beobachtungen über die Folgen schwerer Kriegsstrapazen, Anfang der siebziger Jahre die allgemeine Auf-

merksamkeit darauf lenkte, dass übermäßige Muskelanstrengung zu Herzvergrößerungen und daraus resultirenden erheblichen Störungen der Herzthätigkeit zu führen vermöge. Später sind von ihm in den Charité-Annalen weitere wichtige Beiträge nebst Sektionsbefunden über diesen Gegenstand publicirt worden, welche in dem vorliegenden Werk gleichfalls Aufnahme gefunden haben.

Die sogenannten »idiopathischen Herzvergrößerungen« oder, wie F. sie zur Vermeidung von Missverständnissen auch bezeichnet, »die einfachen Herzvergrößerungen ohne Klappenfehler«, werden von ihm in folgende drei Hauptgruppen getheilt: 1) In die Fälle von Herzvergrößerung, bei welchen abnorme Widerstände im Arteriensystem (meist im Aorten-, seltener im Pulmonalarteriensystem) vorliegen, 2) in Erkrankungen, bei denen die Widerstände im Aortensystem normal sind, aber primär der Herzmuskel erkrankt und 3) in Fälle, bei denen das Herznervensystem zuerst erkrankt. Der Gruppe 1 gehören u. A. die Herzhypertrophien in Folge von Nierenerkrankungen, die Arteriosklerose, die Vergrößerungen des Herzens durch Überanstrengung, ferner diejenigen in Folge angeborener Enge des Aortensystems, die durch Kriegsstrapazen, so wie die durch angeborene Weite (mit Elasticitätsabnahme der Arterien) verursachten Hypertrophien und Dilatationen an. Bei dem reichen Material von Thatsachen, welches in einer jeden dieser Unterabtheilungen niedergelegt ist und der großen Summe eigener Erfahrungen und Beobachtungen, die der Verf. hinzugefügt hat, vermögen wir uns hier natürlich nur auf die Wiedergabe einiger weniger, uns besonders wichtig erscheinender Punkte zu beschränken. Im Anschluss an die Herzhypertrophie in Folge von Nierenerkrankungen behandelt F. eingehend die Lehre vom sogenannten Galloppthythmus; er will die Bezeichnung nur für jene Form des diastolischen Doppeltones gelten lassen, bei welcher der Hauptaccent auf dem ersten diastolischen Tone liegt. Das Phänomen wird bekanntlich hauptsächlich bei chronischer Nephritis konstatirt, ist vom Verf. aber auch bei akuten Erkrankungen, wie Ileotyphus und Pneumonie, beobachtet worden; es ist stets ein Zeichen gefährlicher Herzschwäche. Die Erklärung stößt auf Schwierigkeiten; vielleicht beruht es darauf, »dass der Rückfluss des Blutes in den beiden Hauptarteriengebieten bei der mangelhaften Energie der Herzthätigkeit nicht gleichzeitig, sondern im Pulmonal- und Aortensystem zu verschiedenen Zeiten erfolgt«. Hypertrophie des linken Ventrikels beobachtete F. außer bei chronischer diffuser, nicht suppurativer Nephritis auch in einem Falle von Pyelonephritis. Die eigentlichen Überanstrengungen des Herzens sondert der Verf. wiederum in zwei Gruppen, nämlich in die akut und in die chronisch sich entwickelnden; bei ersteren genügt eine ein- resp. zweimalige forcirte Leistung von kurzer Dauer, um augenblicklich die ganze Summe schwerer Funktionsstörungen zum Vorschein zu bringen, bei der zweiten wirkt die Überanstrengung mehrere Tage hinter einander ein, bis es zu manifesten Symptomen kommt. Unter Zugrundelegung zweier instruktiver Krankengeschichten wird der Nachweis geführt, dass in einer Reihe von Fällen nicht excessive Muskelanstrengung allein, sondern in Verbindung mit ihr angeborene abnorme Enge des Aortensystems die Erscheinungen der Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels erzeugt. Die angeborene Enge des Aortensystems scheint sogar in solchen Fällen die Hauptursache für die Entwicklung des Leidens abzugeben. Auch bei Soldaten beobachtete F. mehrfach Erscheinungen, welche er auf sie zurückführen zu müssen glaubt; neben dem Befund am Herzen selbst fiel die abnorme Blässe der Kranken und die Enge ihrer Arterien auf. Absolute Ruhe ließ die Beschwerden fast ganz verschwinden, dieselben kehrten aber kurze Zeit nach Wiederaufnahme der Anstrengungen in verstärktem Maße zurück. Da es nach den von F. in dem deutsch-französischen Feldzuge gesammelten Erfahrungen immerhin auffällig ist, dass unter der großen Zahl von Soldaten, welche gleichen Strapazen ausgesetzt waren, nur ein ganz geringer Theil Störungen der Herzthätigkeit acquirirte, so hält F. es nicht für unwahrscheinlich, dass selbst bei diesen eine gewisse, wenn auch nicht beträchtliche Enge im Aortensystem als prädisponirendes Moment wirksam war. Als Anhang zu der ersten Gruppe idiopathischer Herzvergrößerungen wird die Frage von dem Vorkommen der Herzdilatation bei schwangeren Frauen erörtert, in Be-

zug auf deren Beantwortung der Verf. sich im Großen und Ganzen dem Standpunkt Löhlein's anschließt. Die zweite Gruppe (normale Widerstände in den Arteriengebieten bei Erkrankung der Herzmuskulatur) umfasst das Fettherz, die Herzvergrößerungen bei akutem Gelenkrheumatismus, die im Anschluss an Diphtherie und andere Infektionskrankheiten sich entwickelnden Erweiterungen, den nach Stokes' Vorgang von Traube als weakened heart beschriebenen Symptomenkomplex, dessen hauptsächlichstes ätiologisches Moment Excesse in baccho und venere bilden, endlich eine Reihe von Störungen, welche der Ausdruck anderweitiger grob anatomischer Veränderungen (Verwachsung des Pericards, myocarditischer Schwielenbildung, Sklerose der Coronararterien) sind. Von besonderem Interesse sind die von F. mitgetheilten Erfahrungen über die im Gefolge eines längere Zeit bestehenden Gelenkrheumatismus ohne begleitenden Klappenfehler sich entwickelnden Herzdilatationen, welche im Gegensatz zu den gleichfalls bei dieser Krankheit zur Beobachtung gelangenden vorübergehenden akuten Dehnungen zu chronischem Siechthum und zum Tode zu führen vermögen. In der dritten Gruppe (Vergrößerungen in Folge von Erkrankungen des Herznervensystems bei normalem Arteriendruck und normalem Verhalten des Herzmuskels) haben der Morbus Basedowii, die Herzerkrankungen in Folge von Missbrauch im Tabaksgenuss, die paroxysmale Tachycardie und die Störungen der Herzthätigkeit nach schweren Gemüthsaffektionen Aufnahme gefunden. Auch hier tritt, wie überhaupt in dem ganzen Werk, die eigenartige, auf langjähriger Krankenbeobachtung basirte Auffassung des Verf. vielfach in den Vordergrund.

Wir haben im Vorhergehenden in flüchtigen Umrissen den Inhalt des vorliegenden Buches zu skizziren versucht. Werke, wie dieses, können indess nicht in dem begrenzten Rahmen einer Besprechung zu ausreichender Kenntnis des Lesers gebracht werden; sie müssen sorgfältig durchstudirt und die in ihnen niedergelegten Erfahrungen mit den eigenen Beobachtungen verglichen werden. Nur auf solche Weise vermag man aus ihnen zu lernen und völlig die Arbeit dessen zu ermessen, welcher einen Theil seiner Lebensaufgabe dem in ihnen behandelten Wissenszweige gewidmet hat. **A. Fraenkel** (Berlin).

22. E. A. Schäffer. Histologie für Studirende, nach der zweiten englischen Auflage übersetzt von W. Krause.

Leipzig, Georg Thieme, 1889. 277 S.

Prof. W. Krause in Göttingen hat sich der dankenswerthen Arbeit unterzogen, das vorliegende, überaus praktische Werkchen durch eine tadellose Übersetzung dem deutschen Leserpublikum zugänglich zu machen. Dasselbe ist vorwiegend zur Einführung in den histologischen Unterricht geeignet und prätendirt seinem Titel nach nichts weiter, als ein Leitfaden für Studirende zu sein. Dennoch ist es auch dem praktischen Arzte aufs angelegentlichste zu empfehlen, da es, ohne sich in weitschweifige Details zu verlieren, in klarer Ausdrucksweise die Grundthatsachen der normalen Mikroskopie entwickelt. Was dem Werke einen besonderen Reiz verleiht ist die große Menge vorzüglich ausgeführter Abbildungen — 283 an der Zahl —, welche der Verf. theilweise den besten histologischen Lehrbüchern entlehnt hat. Es ist dadurch, wie auch der Herr Übersetzer in seiner Vorrede bemerkt, »zum ersten Male das Princip verfolgt, einen großen Theil der Beschreibungen überflüssig zu machen«. Auch die Methodik der Untersuchung findet sich, so weit in dem knappen Rahmen eines Leitfadens möglich, berücksichtigt, indem an der Spitze eines jeden Kapitels Anleitungen zur Darstellung der betreffenden Präparate gegeben und in einem am Ende befindlichen Anhang die hauptsächlichsten Reagentien, ihre Herstellungs- und Anwendungsweise aufgeführt sind. **A. Fraenkel** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 6. Juli.** **1889.**

1. **E. Freund.** Über die Ursache der Blutgerinnung.

(Wiener med. Jahrbücher 1888. p. 259—302.)

Im Anschluss an die von F. früher (Wiener med. Jahrb. 1886) mitgetheilte Beobachtung, dass das mit besonderen Kautelen unter Öl aufgefangene Blut tagelang flüssig bleiben kann, ist Verf. zu einer Anschauung über das Wesen der Blutgerinnung gelangt, welche an die ältere Lehre über die Faserstoffgerinnung anknüpft, von dem Standpunkte A. Schmidt's jedoch sehr verschieden ist. Schon in seiner früheren Mittheilung hatte F. sich dahin ausgesprochen, dass das Flüssigbleiben des Blutes im normalen Gefäße und bei Auffangen unter Öl auf den Mangel der Adhäsion zwischen Blut und Gefäßwand zurückzuführen ist; da nun jede Form der Adhäsion zwischen Blut und Gefäßwand Gerinnung hervorruft, so musste die Wirkung der Adhäsion auf das Blut näher ermittelt werden. Die chemische Wirkung der Adhäsion sieht nun F. darin, dass durch dieselbe ein Austausch von Zellen- und Plasmainhalt, mithin von Substanzen herbeigeführt wird, die, durch ihre Lokalisation getrennt,

vorher chemisch auf einander nicht wirken konnten. Gestützt nun auf eine ältere Angabe von Brücke, dass bei der Gerinnung nicht nur ein Eiweißkörper, sondern auch phosphorsaurer Kalk und phosphorsaure Magnesia unlöslich werden, ferner auf den durch anderweitige Blutanalysen gemachten Befund, dass die Blutkörperchen die Hauptmenge der Phosphate und Kaliumsalze, das Blutplasma die Hauptmenge der Chloride, Natron- und Kalksalze enthalten, macht F. die Annahme, dass durch die Wirkung der Adhäsion aus den (weißen und rothen) Blutkörperchen Phosphate austreten und im Plasma zur Bildung von unlöslichen phosphorsauren Erdalkalien (phosphorsaurem Kalk) Veranlassung geben, wodurch das Ausfallen des im Plasma gelösten Faserstoffes hervorgerufen wird. Von dieser Annahme ausgehend, durchstreift F. das weite Gebiet der Gerinnungslehre und versucht verschiedene Beobachtungen aus derselben mit seiner Anschauung in Einklang zu bringen. (Dass durch die Wirkung der Adhäsion nur die Salze der Blutkörperchen ins Plasma übertreten, und dass diese die allein wirksamen Substanzen bei der Blutgerinnung darstellen, ist nicht erwiesen. Ref.) Zunächst konstatirt F., dass Kalk, Magnesia und Phosphorsäure konstant in verschiedenen Fibrinen in Mengenverhältnissen vorhanden sind, die der Zusammensetzung gesättigter phosphorsaurer Erdalkalien entsprechen. Weiterhin versuchte F. in serösen Flüssigkeiten, die spontan nicht gerinnen, durch Ausfällen des phosphorsauren Kalkes Gerinnung zu erzeugen, was ihm durch 0,15%ige Lösung von phosphorsaurem Natron in bestimmten Mengenverhältnissen gelang. Die Identität des ausgefällten Körpers mit Fibrin wurde durch eine große Reihe von Reaktionen und durch Elementaranalyse festgestellt. Ausfällung des Salzes als kohlensaures oder schwefelsaures Salz bewirkte keine Gerinnung. Durch fraktionirtes Ausfällen des phosphorsauren Kalkes (mit Chlorkalcium und phosphorsaurem Natron) konnten wiederholte Gerinnungen in der Flüssigkeit erzeugt werden. Die seröse Flüssigkeit erhält durch das Unlöslichwerden des kohlensauren Kalkes auch gerinnungserzeugende Eigenschaften, eine geringe Menge einer solchen erzeugte in einer anderen serösen Flüssigkeit Gerinnung. Auf Grund einer Versuchsreihe, in welcher die Ausscheidung phosphorsaurer Erdalkalien hintangehalten wurde, zieht F. den Schluss, dass das Unlöslichwerden der phosphorsauren Erdalkalien die alleinige Ursache der Gerinnung bei den serösen Flüssigkeiten bildet. Dass die Gerinnung des Blutes auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist, wird von F. auf Grund einer Reihe von Deduktionen angenommen, wegen welcher auf das Original verwiesen werden muss. Im Anschluss an eine Annahme von Brücke, dass die fibrinliefernde Substanz ein Bruchtheil des im Plasma enthaltenen Serumalbumins sei, folgert F. aus seinen Versuchen, dass durch die Abscheidung gewisser Mengen von phosphorsauren Erdalkalien ein Theil der vorher gelösten Eiweißkörper in anderer Form mit specifischen Eigenschaften (Fibrin) unlöslich wird. Bezüglich des Versuches, die chemischen, physikalischen,

histologischen, physiologischen und pathologischen Untersuchungen über die Blutgerinnung mit dieser Anschauung in Einklang zu bringen, muss auf das Original verwiesen werden. Schließlich sucht F. noch den Nachweis zu führen, dass auch die Wirkung der Schmidt-schen Fibringeneratoren und des Fermentes nicht auf die Beimengung von Salzen überhaupt, sondern auf die Wirkung des phosphorsauren Kalkes zurückzuführen ist. Im cirkulirenden Blute sind nur geringe Mengen von phosphorsaurem Kalk im Plasma gelöst; wenn die Lösungsmittel desselben (Eiweißkörper, Kohlensäure, die Alkalisalze des Blutes) nicht mehr ausreichen, kann Gerinnung eintreten, aber nur dann, wenn nicht gleichzeitig Veränderungen des Eiweißkörpers erfolgen.

Löwit (Innsbruck).

---

2. **J. Petruschky.** Untersuchungen über die Immunität des Frosches gegen Milzbrand. (Aus der bakteriolog. Abtheilung des patholog. Instituts zu Königsberg i/Pr.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. III. Hft. 4. p. 258.)

Der Verf. fasst seine Resultate in folgenden Sätzen zusammen:

»A. Bei Injektion von Milzbrandkulturen in den Rückenlymphsack des bei Zimmertemperatur gehaltenen Frosches ist 1) ein Wachsthum der eingeführten Bacillen oder Sporen in keinem Fall zu konstatiren 2) ein selbständiger Übergang der in den Lymphsack injicirten Bacillen ins Blut findet nicht statt, 3) die Leukocyten nehmen den größten Theil, bei Injektion größerer Mengen aber niemals sämmtliche Bacillen in sich auf. Trotzdem übersteht der Frosch die Infektion. 4) An den extracellulären Bacillen sind zuerst Degenerationserscheinungen zu beobachten. 5) Milzbrandfroschlymphe, in welcher sich noch bis zum 5.—6. Tage freie Bacillen in jedem Tropfen vorfinden, ist bereits am 2. Tage für Kaninchen invirulent, für Mäuse ein abgeschwächtes Virus und vom 3. Tage ab fast stets auch gegen Mäuse unwirksam. 6) Von den unzählig vielen eingeführten Milzbrandbacillen ist bereits nach 24 Stunden nur ein kleiner Theil, nach 4 Tagen sind nur noch einzelne Bacillen auf Agar im Wärmeschrank wachsthumsfähig.

B. Bei Einführung von Bacillen in den Lymphsack innerhalb einer diffusiblen Membran sind 1) die unter A angegebenen Erscheinungen ebenfalls zu beobachten (die Degeneration freier Bacillen ist noch typischer), 2) scheint bereits vor vollständiger Exosmose der miteingeführten Nährflüssigkeit Degeneration eines Theiles der Bacillen einzutreten.

C. Bei Injektion von Milzbrandkulturen in einen bei 26—30° C. gehaltenen Frosch findet 1) ein bedeutendes Auswachsen der Bacillen unter Bildung von Spirulinenformen und ein spontaner Übergang der Bacillen in das Blut und die Organe (namentlich die Lunge) statt. 2) Phagocytismus ist im Blut außerordentlich spärlich, in der Lymphe reichlicher, aber sparsamer als in der Lymphe des kalten

Frosches zu finden. 3) Die im Frosche ausgewachsenen Bacillen tödten Mäuse erst in 2 Tagen.

D. Bei Injektion von sporenhaltigen Kulturen nach Abtödtung der darin befindlichen Bacillen in einem bei 28—30° C. gehaltenen Frosch werden 1) die abgetödteten Bacillen durch Leukocyten inkorporirt. 2) Die Sporen keimen aus. 3) Die Keimlinge der Sporen gehen unter Degenerationserscheinungen bald wieder zu Grunde, größtentheils ohne durch Leukocyten inkorporirt zu werden.«

Der Verf. sieht in diesen Resultaten eine Widerlegung der Metschnikoff'schen Theorie und einen Beweis für die Richtigkeit der Baumgarten'schen Anschauung, dass die Bacillen nicht desshalb absterben, weil sie von Leukocyten aufgenommen werden, sondern dass sie erst desshalb von Leukocyten aufgenommen werden, weil sie im Froschkörper nicht zu leben vermögen.

Von den beiden theoretisch annehmbaren Ursachen der Immunität, dem Vorhandensein bacillenfeindlicher Substanzen im Froschkörper, oder dem Mangel geeigneten Nährmaterials für die Bacillen in demselben hat keine positiv erwiesen werden können. Beide Annahmen stehen aber mit den gewonnenen Resultaten im Einklang und es wäre wohl ein Zusammenwirken beider denkbar. Durch die Phagocytentheorie sind die Resultate des Verf. nicht zu erklären.

F. Neelsen (Dresden).

---

3. Kauffmann. Die Sublimatintoxikation.

Breslau, 1888.

Im Vordergrund des klinischen Bildes steht die Diarrhoe. Zuerst erscheinen unter heftigem Tenesmus wässerige Stühle, dann blutige, fötide, oft mit Schleimhautfetzen vermischte. Es kommen Kolik und Meteorismus hinzu, manchmal Schwindel und Erbrechen. Ptyalismus und Zungengeschwüre sind nicht konstante Erscheinungen. Nach Intoxikation per os erfolgen Würgen und Erbrechen und Schmerzen im Schlund. Von Seiten der Harnorgane sind folgende Symptome zu erwähnen: schwankende Eiweißmengen, im Sediment Lymphoidzellen, Nierenepithelien, hyaline und granulirte Cylinder, rothe Blutkörperchen, Gallen- und Blutfarbstoff, nicht selten vollständige Anurie; im Harn kann Hg nachgewiesen werden. Der Puls wird beschleunigt, die Temperatur sinkt (bis auf 33,4° herab). Als Grund der ausnahmsweise auftretenden Temperaturerhöhung wird Enteritis angesehen. K. bezeichnet diese Ansicht als irrig. Die stärkste Darmdiphtherie kann fieberlos verlaufen, so dass das Fieber wohl mehr als ein Ausdruck septischer Processe, die vorher bestanden und nun fortbestehen, aufzufassen ist. Die Athmung ist flach und beschleunigt. Ferner sind zu erwähnen: Depression, Somnolenz, Bewusstlosigkeit, Angstgefühle, Kopfschmerz. Besonders empfindlich gegen Sublimat sind septische und anämische Personen, ferner in hohem Grade Nephritiker. Eine letale Dosis ist bei den

ungeheuren individuellen Differenzen in der Empfindlichkeit nicht anzugeben.

Pathologische Anatomie und Diagnose.

Bald ist der Dünndarm injicirt, der Dickdarm dagegen blass, bald der letztere allein betheiligt. Die Sublimatdysenterie oder Diphtherie hat viel Ähnlichkeit mit den Processen bei der Ruhr. K. vergleicht das Aussehen der infiltrirten und verschorften Schleimhaut mit einem Schildkrötenpanzer. Oftmals sind diese Veränderungen auf die Taeniae coli beschränkt und auf die Scheidewände zwischen den Claustra, so dass dann verschorfte viereckige Rahmen intakte quadratische Schleimhautfelder einfassen. Ecchymosen sind sehr verbreitet, im Magen kommen sie vor, ohne dass die Intoxikation per os stattgefunden hätte. In den akut parenchymatös entzündeten Nieren finden sich kleine weiße Pünktchen, die den gewundenen Harnkanälchen, und Striche, die den geraden entsprechen, eingesprengt. Sie bestehen aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk, der in Form drusiger Klumpen oder feinkörnig abgelagert ist. Daneben findet man fettige Degeneration des Epithels, hyaline und epitheliale Cylinder, selten Pigment und Blutcylinder. Die Kalkniere ist mit der Darmdiphtherie die mächtigste Stütze der Diagnose. Freilich verliert die Kalkniere von ihrem diagnostischen Werth, da sie nach der K.'schen Tabelle unter 36 Fällen nur 6mal gefunden wurde. Nach Senger stammt der Kalk aus den Knochen, die decalcinirt werden durch Milchsäure. Das milchsaure Calcium wird im Blut wiederum zu kohlensaurem Kalk. Dieser wird von normalen Nieren eliminirt, in kranken aber, die durch Sublimatintoxikation funktionsunfähig gemacht sind, bleibt er abgelagert. Das Zustandekommen der Kalkinfarkte ist mehr oder weniger von der Dauer abhängig, obwohl andererseits schon am 5. Tage solche gesehen wurden. Sehr oft, namentlich in akuten Fällen ist die Diagnose doch bloß auf Anamnese und chemischen Nachweis des Hg in den Organen angewiesen. Der diagnostische Werth der Kalkniere wird dadurch geschmälert, dass sie auch bei Aloin-, Glycerin- und Bismuthvergiftungen auftritt.

Eigene Experimentaluntersuchungen.

Es giebt 3 Erklärungen des Sublimattodes: Herzlähmung, Urämie, Fermentintoxikation. Die Versuche bestehen in Einspritzungen von 0,01 g $HgCl_2$ in 1 g physiologischer Kochsalzlösung. Die intensivste Wirkung erfolgte von der Bauchhöhle aus, dann folgt die subkutane Einverleibung und endlich die vom Magen aus. Für die letztere Applikation sind Flüssigkeiten wirksamer als Pillen. Der Intoxikationsmodus hat keinen Einfluss auf die pathalogisch-anatomischen Erscheinungen. Es treten folgende Symptome auf: Diarrhoe mit Tenesmus, Anfangs schleimige, dann blutige Stühle, Zittern der Extremitäten, Lähmung der hinteren Extremitäten, Tod unter Krämpfen, stoßweiser Respiration, Pulsverlangsamung; bei Hunden kommen manchmal Stomatitis und Salivation, Foetor ex ore und Geschwüre

vor. Eiweiß findet sich immer im Harn, Zucker niemals. Nach der ersten Injektion steigt die Temperatur kurz an, um dann sofort zu fallen.

Es fällt eine Überfüllung des venösen Systems neben Leere des arteriellen auf, am meisten am Herzen. Das Thier hat sich gewissermaßen in sein Venensystem verblutet. Ecchymosen finden sich in den serösen Häuten, in Myocard und Diaphragma, in Lunge, Gehirn, Leber, Nieren, Lymphdrüsen, Retina, Magen, Darm, Ösophagus, Trachea, Bronchien, Gallenblase, Harnblase, Tuben, Uterus, Vagina. Ausgedehnte Kapillarthrombosen der Lunge sind kenntlich durch eine homogene, glasige Ausfüllungsmasse der Kapillaren, die nicht deutlich in einzelne rothe Blutkörperchen geschieden ist. Die diphtherischen Erscheinungen der Darmschleimhaut finden sich zumeist an der Spiralfalte des Blinddarmes; auch hier begegnet man kapillären Thrombosen. Die Kalkablagerung in den Nieren betrifft zunächst die geraden, weniger die gewundenen Kanälchen. Nach Auflösung der Kalksalze mittels Essigsäure und Salzsäure kommen nekrotische Epithelien zum Vorschein (Coagulationsnekrose). Daneben trifft man Glomerulonephritis, hyaline, epitheliale und Blutcylinder. In der Leber sitzen ebenfalls Kapillarthromben, in den Zellen Pigmentkörnchen. Die Thromben entstehen, wie die Vivisektion lehrt, in der That intra vitam.

Da nach Cohnheim die histologische Unterscheidung von Thrombose und postmortaler Gerinnung unmöglich ist, wurde die Methode der Autoinfusion der Organe angewandt. Eine wässrige Lösung von indigschwefelsaurem Natron floss unter geringem Druck in die Jugularis ein. Der Effekt ist am auffallendsten in den Lungen. Tiefblaue Bezirke wechseln mit rothen ab, scharf gegen einander abgesetzt. Letztere enthalten die Blutungen. Ungefärbt bleiben meistens Unterlappenbezirke. Solche ungefärbte Stellen treten im Darm vor jeglicher Nekrose oder Diphtherie auf. Nicht ganz konstant sieht man sie in den Nieren. Untersuchungen am Frosch- und Kaninchenblut beweisen eine direkt destruirende Wirkung des Sublimats auf die rothen Blutkörperchen. Völlige Änderungen der Form wechseln mit Zerfall oder Entfärbung bei unveränderter Gestalt.

Durch hohe, schnell tödtende Sublimatdosen wird in einem Thier ein Blut erzeugt, welches fähig ist, in die Blutbahn eines gesunden Thieres derselben Art transfundirt, daselbst den Tod durch akute intravaskuläre Gerinnungen zu bewirken. Auf die darin enthaltenen Quecksilberalbuminate ist ihrer geringen Menge wegen diese Wirkung unmöglich zurückzuführen. Auch Mischungen von Blut und Sublimat außerhalb des Thierkörpers bewirken in einem zweiten Thier Thrombosen und Tod und zwar bei Anwendung von Sublimatdosen, die an und für sich nicht im Stande wären, direkt ins Blut gespritzt, ein Thier zu tödten. Die extravaskuläre Sublimat-Blutmischung ist frisch am wirksamsten, verliert allmählich an Wirksamkeit. Es ist dem-

nach die Sublimatwirkung den Fermentintoxikationen äußerst nahe verwandt und selbst auf eine Häufung des Fermentes im Blut, welches die Gerinnungen verursacht, zurückzuführen.

Die Färbung mittels gesättigter Indig-Karminlösung ist desswegen nicht einmal günstig, weil durch die Imbibition die kleinen Thrombosebezirke unkenntlich gemacht werden, so dass noch viel mehr und ausgedehntere Thrombosen vermuthet werden müssen. Für kapilläre Embolien ist die Verbreitung zu groß und ist in so frühem Stadium der Vergiftung nie ein primärer Herd nachweisbar, dem die embolischen Pfröpfchen entstammen könnten. In Arterienästchen sind niemals Pfröpfe gefunden worden. Die Parietalthromben des rechten Herzens erfolgen erst dann, wenn größere Bezirke der Lungenstrombahn verlegt sind, kurz, wenn Bedingungen zu Stagnationsthrombose im rechten Herzen gegeben sind. Durch Verlegung der Lungenbahn entsteht auch die enorme Stauung im Venensystem, Sinken des Blutdruckes, des Pulses. Die Betheiligung des Herzens ist erst eine sekundäre durch ungenügende Speisung der Kranzarterien. Nach dem Cohnheim'schen Postulate kann Lungenödem auftreten. Können die Lungenvenen nicht mehr entleert werden, so steht der linke Ventrikel in Diastole still; wir haben das Bild der Herzparalyse.

Die Darmdiphtherie kann nicht auf eine Ätzwirkung des Sublimat zurückgeführt werden, denn nach Grawitz war die Schleimhaut des unterhalb eines künstlichen Afters gelegenen, versenkten Darmabschnittes auch nekrotisch und diphtherisch. Die Schleimhautnekrose ist vielmehr ebenfalls eine Folge kapillärer Gerinnungen. Die Diphtherie sodann ist ein Produkt sekundärer Bakterieninvasionen in die nekrotischen Partien.

Prévost's Erklärung der Kalkniere durch vorausgegangene Entkalkung der Knochen reicht nicht aus. Vielmehr ist der Process analog der Kalkniere aufzufassen, die Litten nach kurz dauernder Ligatur der Nierenarterie erhielt. Coagulationsnekrose muss vorausgehen und diese hat dann eine besondere Attraktion für die gelösten Kalksalze, die immer normalerweise in genügender Menge im Blute vorkommen. Beim Hund tritt Verfettung an Stelle der Coagulationsnekrose; da fehlt denn auch der Kalk. Die Ischämie und die kapillaren Verstopfungen genügen, um diese Nekrose der Epithelien hervorzurufen.

Bei Anämischen, Septischen und Nephritischen ist das Sublimat von jeher gefürchtet. Bei den ersten Beiden würde durch Sublimat die an und für sich diesen Processen eigene Tendenz zu intravaskulären Gerinnungen noch verstärkt. Bei Nephritis würde die bereits erschwerte Herzarbeit noch gesteigert durch Kapillarverstopfungen in den Lungen. Bei Nephritis und Sepsis, wo bereits fettige Degeneration der Nierenepithelien besteht, kann das Fehlen der Kalkinfarkte nach dem oben Erwähnten nicht Wunder nehmen.

Therapeutische Versuche mit intravenösen Kochsalzinfusionen hatten keinen Erfolg.

P. Ernst (Heidelberg).

---

4. Landsberg. Zur Desinfektion der menschlichen Haut mit besonderer Berücksichtigung der Hände.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1888. Hft. 5.)

5. Fürbringer. Zur Desinfektion der Hände des Arztes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 48.)

Zur Desinfektion der Hände wird sich am besten diejenige Methode empfehlen, welche neben möglichst vollkommener Asepsis die Haut selbst am wenigsten angreift. Für diesen Zweck schlug F. vor, nach der Seifenwaschung die Hände eine Minute lang in Alkohol nicht unter 80 % zu waschen und darauf sofort vor dem Abdunsten in die antiseptische Flüssigkeit zu bringen. L. glaubte nun, dass die üblichen Waschungen mit warmem Wasser, Seife und Sublimat allen anderen Methoden und auch der obigen die Spitze bieten. Diesen Ausspruch that er auf Grund einer umfangreichen Reihe von bakteriologischen Untersuchungen, welche sich in einem kurzen Referate nicht wiedergeben lassen und im Original nachgesehen werden müssen. In seiner Erwiederung hierauf weist F. auf gewisse Fehlerquellen in den Versuchen L.'s hin und betont nochmals, dass seine Methode eine genügende Asepsis herbeiführe und, wie aus dem übereinstimmenden Urtheile einer Anzahl viel beschäftigter Chirurgen hervorgehe, auch die Hände möglichst schone. Sie alle versicherten, dass sie seit Einführung der Alkoholwaschung nicht mehr an den empfindlichen Schrundenbildungen zu leiden haben.

Joseph (Berlin).

---

6. v. Noorden. Über die Beeinflussung der Harnreaktion zu therapeutischen Zwecken.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 39.)

Eine Reihe von eingehenden Untersuchungen haben für die allgemeine Therapie zu der Aufstellung des Satzes geführt, dass da, wo die Nothwendigkeit besteht, den Harn auf einem niedrigen Grad von Säure zu erhalten, es nicht darauf ankommt, die Acidität des gesammten 24stündigen Urins herabzudrücken, sondern in erster Linie daraufhin gestrebt werden muss, die oft enormen Schwankungen der Acidität im Verlauf von 24 Stunden auszugleichen. Dieses erreicht man, indem man sich einen genauen Einblick in die Harnaciditätskurve des Individuums verschafft und auf Grund dieses Einblickes, streng individualisirend, Dosis und Zeit der Darreichung von Alkalien anordnet.

In einzelnen Fällen ist dem Autor die Herabdrückung der Säureexacerbation auf den erwünschten Grad niedrigen Säuregehaltes auf das Beste gelungen, wenn er 1—2 Stunden vor dem erwarteten Anstieg des relativen Säurewerthes kleine Mengen Natr. bicarb. (0,5 in

100—200 ccm Mineralwasser) darreichte und diese Dosis 3—4mal in stündlichen Gaben erneuerte. Seifert (Würzburg).

---

7. G. Petteruti. La naftalina nella cura dell' ileotifo.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1888. Fasc. 10.)

Verf., der nur die Empfehlung Rossbach's und die Mittheilung Götze's bezüglich der Anwendung des Naphthalin im Abdominaltyphus kennt, hat in 11 Fällen von Typhus, welche Personen im Alter von 2 bis zu 53 Jahren, meistens Kinder unter 12 Jahren, betreffen, das genannte Arzneimittel versucht und Folgendes gefunden:

Das Naphthalin wird bis zu den in Anwendung gekommenen Tagesdosen von 4 g ohne ersichtlichen Schaden vertragen. Die einzigen Störungen, welche es hervorzurufen vermag, sind Braunfärbung des Urins, Erschwerung der Harnentleerung, manchmal bis zum Auftreten von Blasenkrampf; Neigung zu Durchfall; selten Erbrechen.

Am 2. oder 3. Tage nach der Aufnahme des Naphthalin fängt das Fieber an abzunehmen; gleichwohl übt das Naphthalin keine einfach antipyretische Wirkung aus wie Antipyrin u. dgl., sondern eine direkte Heilwirkung, indem es die Krankheit unterbricht, da selbst nach dem Aussetzen der Arznei das Fieber nicht wiederkehrt und andererseits die genannte Wirkung von der Größe der einmaligen Dosis unabhängig ist.

Bei Kindern bis zu 4 Jahren hat Verf. die ausreichende Tagesdosis auf 1 g gesetzt, die maximale Tagesdosis auf 2 g; bei Erwachsenen hat er nie mehr als 4 g benöthigt; häufig reichten 2 g aus. Als Einzelgabe reicht er beim Erwachsenen 0,5 g, welche alle Stunden bis zur erwähnten Gesammtgabe gegeben werden soll.

G. Sticker (Köln).

---

8. Konrád. Physiologische und therapeutische Beiträge zur Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 49.)

K. fand, dass bei Kaninchen durch Hyoscin eine Zunahme der Herzthätigkeit bewirkt wird, die er aber nicht auf Lähmung der Hemmungsfasern des Vagus, sondern auf Reizung der herzbeschleunigenden Nerven zurückführt; größere Dosen bedingen starke vasomotorische Störungen. Beim Menschen dagegen machte sich eine Abnahme der Pulsfrequenz bemerkbar, welcher in einzelnen Fällen eine Steigerung des Pulses vorhergeht, in anderen nachfolgt. Schon in kleinen Dosen führte Hyoscin nennenswerthe Herzinnervationsstörungen herbei.

Die Wirkung auf das Gehirn äußerte sich in einer Verringerung resp. Lähmung der Thätigkeit der Hirnrinde. Als Sedativum wurde das Mittel in Dosen von 0,0005—0,001 subkutan gebraucht, doch nahm die Empfänglichkeit mit andauernder Verwendung des Mittels ab. K. hält das Hyoscin angezeigt bei heftigen Reizzuständen chro-

nischer Psychosen in Dosen von $^1/_2$—1 mg 2—3 Tage lang; bei akuten heilbaren Psychosen soll es jedoch, so lange andere Sedativa befriedigend wirken, gemieden werden. Für Herzkranke hält er das Hyoscin für kontraindicirt.

Markwald (Gießen).

---

9. **Kny.** Therapeutische Wirkungen des Hyoscins. (Aus der psychiatrischen Klinik zu Straßburg.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 50.)

Verf. berichtet über die mit Hyoscin bei einer großen Reihe von geisteskranken Pat. erzielten Erfolge, bei denen zunächst hervorzuheben ist, dass das Mittel per os gegeben im Ganzen eine mildere, allmählichere und weniger gefahrbringende Wirkung entfaltete, als bei Injektion, bei welcher des öftern sehr unangenehme und turbulente Nebenerscheinungen auftreten. Die innerliche Dosis betrug anfänglich $^3/_4$—1 mg (doppelt so viel wie bei subkutaner Anwendung), doch musste dieselbe häufig gesteigert werden, da eine ziemlich rasche Gewöhnung eintrat. K. empfiehlt die ganz allmähliche Steigerung mit geringen Dosen beginnend; die höchste von ihm gereichte betrug 3 mg pro die — 1 mg im Laufe des Vormittags, 2 mg gegen Abend. Hierbei ist das Mittel nur ganz ausnahmsweise hier und da einmal nicht vertragen worden, besonders von 2 Pat. mit Affektionen des Gefäßsystems; K. spricht sich aber dagegen aus, dass das Hyoscin für Herz- oder Gefäßkranke besondere Gefahren bringe. Ein weiterer Vorzug für die innerliche Darreichung liegt noch in der leichten Löslichkeit und absoluten Geschmacklosigkeit des Präparates; unangenehme Nebenwirkungen bietet das Hyoscin dadurch, dass es die Speichel- und Schweißsekretion herabsetzt.

Besonders gute Dienste scheint das Hyoscin bei frischen einfachen Manien zu leisten. Den eigentlichen Schlafmitteln steht es bei aufgeregten Kranken in der Regel voran, bei ruhigen, schlaflosen dagegen leisten Chloral, Amylenhydrat, Sulfonal, Paraldehyd bessere Dienste. Bei einigen Versuchen an verschiedenen Nervenkranken (Paralysis agitans u. A.) wurden neben negativen auch palliative und bei länger fortgesetztem Gebrauch sogar dauernde Erfolge erzielt.

Markwald (Gießen).

---

10. **Gradenigo.** Contribution à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de l'otite scléreuse.

(Annales des malad. de l'oreille du larynx etc. 1888. December.)

Die Gelegenheit zur pathologisch-anatomischen Untersuchung zweier von ihm auch klinisch beobachteter Fälle sog. sklerosirender Mittelohrentzündung benutzt Verf. zur Erörterung der Frage nach der Natur dieses Leidens und speciell nach der Entstehung der bei demselben anatomisch gefundenen Pseudoligamente. Er gelangt dabei zu Ergebnissen, welche um so werthvoller sind, als sie die Resultate anderer Untersucher über den gleichen Gegenstand vollkommen bestätigen und nach mancher Richtung erweitern.

Als erstes Ergebnis führt der Verf. an, dass die in der Paukenhöhle bei sklerosirender Mittelohrentzündung gefundenen Stränge nicht als neugebildete, sondern als Reste des die embryonale und fötale Paukenhöhle ausfüllenden gelatinösen Gewebes aufzufassen sind und dass somit in der Persistenz dieses Gewebes ein wichtiger pathogenetischer Faktor für die Entstehung der trockenen Mittelohrentzündung zu erblicken sei.

Der Verf. hat durch Untersuchung menschlicher wie thierischer Embryonen und Föten festgestellt, dass nicht, wie das sonst gemeinhin angenommen und als geradezu gesetzmäßig bezeichnet wird, mit oder nach der Geburt jenes gelatinöse Gewebe schwindet, dass vielmehr die Resorption desselben eine individuell verschiedene ist und dass sowohl bei Menschen wie Thieren mitunter beträchtliche Residuen desselben in der Paukenhöhle zurückbleiben und sich zu fädigen und strangartigen Gebilden umwandeln. Wenn das bei manchen Familien mit einer gewissen Regelmäßigkeit geschehe, so könne darin ein hereditäres Moment für das Erkranken aller oder vieler Mitglieder einer Familie an sklerosirender Mittelohrentzündung, wie es thatsächlich beobachtet wird, erblickt werden, während als Gelegenheitsursache bei so disponirten Individuen die für die Entstehung aller und insbesondere auch der trockenen Mittelohrentzündungen eine Rolle spielenden Affektionen des Halses und der Nase in Betracht kommen. Schließlich betont der Verf., dass die bei dem in Rede stehenden Leiden zu findenden Pseudoligamente sich niemals am eigentlichen Trommelfell inseriren im Gegensatz zu denjenigen Strängen im Inneren der Paukenhöhle, welche nach eitrigen Processen der Paukenschleimhaut entstehen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

Kasuistische Mittheilungen.

11. H. Lindner (Greiz). Ein Fall von Pankreascyste.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 8 u. 9.)

30jährige, stets gesund gewesene Frau, Mutter von 10 Kindern, ist seit 7 bis 8 Wochen krank. Schmerzen im Leibe, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Obstipation, Abmagerung um 25 Kilo in 10 Wochen. Die anfallsweise auftretenden, oft stundenlangen und sich oft bis zur Ohnmacht steigernden Schmerzen standen nach L. der Annahme eines Magenleidens oder einer anderen häufiger vorkommenden Verdauungskrankheit im Wege. Die Untersuchung ergab rechte Wanderniere, etwas Meteorismus; auf die Beschaffenheit der Stühle war nicht geachtet worden. 10 Tage später fand L. einen großen, nicht sehr empfindlichen, respiratorisch nicht verschiebbaren Tumor, welcher sich vom Proc. xiphoid. bis etwa 3 Querfinger unter den Nabel, seitlich beiderseits etwa bis zu den lateralen Rändern der Recti erstreckte, aus einem oberen, gleichmäßig kuppelförmig aufsteigenden, nicht verschieblichen, gespannte Fluktuation zeigenden und einem unteren, mehr flachen, unregelmäßig begrenzten, hart anzufühlenden Antheile, mit abgerundetem Rande bestand. Palpatorisch von der Leber sehr leicht, perkussorisch nur vom rechten Leberlappen abgrenzbar, Überlagerung durch den Magen nicht konstatirbar. Eine Probepunktion ergab eine röthliche, klebrige, Olivenöl emulgirende Flüssigkeit.

Diagnose: Pankreascyste. Bei der Operation — Einnähung der Cyste in die Bauchwunde mit nachfolgender Drainage — flossen 2 Esslöffel des Inhaltes in die Bauchhöhle, ohne Schaden zu thun. 26 Tage nach der Operation wurde die blühend aussehende, normal verdauende Kranke mit einem Drain in der Fistelöffnung entlassen. Das Anfangs graue, später wasserhelle Sekret schied sich im Stehen in eine obere wasserklare und eine kleine untere, aus Eiterkörperchen bestehende Schicht, verdaute kräftig, ätzte auch die umgebende Haut. Als einmal der Drain herausfiel, traten sofort Fieber, Schmerz, Erbrechen ein. 2 Monate später war die Fistel geschlossen und der Gewichtsverlust überkompensirt.

Eine so rasche Entwicklung der Geschwulst — in 8—10 Wochen — ist bis jetzt nur selten beobachtet. Die Schmerzen — Neuralgia coeliaca — unterschieden sich von denen bei Gallensteinkoliken durch den mehr nach links gelegenen Ausgangspunkt, das Fehlen des Ikterus und von nachweisbaren Läsionen von Leber und Gallenblase. Ätiologisch wäre in Betracht zu ziehen, dass die Pat. (Fleischerin) sehr häufig eine Säge behufs Sägens von Knochen gegen die Magengegend stemmte. In jedem flüssiges Sekret oder Exkret producirenden Organe können Theile der Drüsensubstanz durch entzündliche Verschließung von größeren oder kleineren Ausführungsgängen cystisch entarten.

K. Bettelheim (Wien).

12. Wiedemann. Statistische Mittheilungen über das Vorkommen des Abdominaltyphus im Augsburger Krankenhause während der Jahre 1869—1887.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Im Augsburger Krankenhause wurden von 1869—1887 unter 32017 internen Kranken 1548 Fälle von Abdominaltyphus behandelt. Von diesen gehören 1330 dem Zeitraum bis 1880 an (120,9 Fälle pro Jahr), von 1880—1887 nur 218 (27,2 pro Jahr). 787 Pat. waren männlichen, 761 weiblichen Geschlechts. Über die Hälfte aller Typhuserkrankungen, 952, fallen in den Zeitraum vom 16.—25. Lebensjahre, zwischen 60 und 70 Jahre nur 4, der älteste Pat. war 75 Jahre alt, der jüngste 6 Monate. Im Frühjahr zeigten sich die wenigsten Typhusfälle, dann schnelles Ansteigen im Sommer, Akme im Herbst, langsames Sinken im Winter, und Abfall gegen das Frühjahr. Sämmtliche Stadttheile wurden nach 1879 bedeutend weniger vom Typhus heimgesucht als zuvor. In die 70er Jahre fällt der Bau der Trinkwasserleitung, der Kanalisation und der Abbruch der Stadtmauern. Die längste Dauer eines nichtkomplicirten Typhus war 62 Tage. Zahlreiche Komplikationen kamen bei den betr. Pat. vor. Die Anzahl der Recidive war 65, d. h. 4,2%; einmal folgte dem ersten Recidiv ein zweites. An Rückfällen erkrankten 26 Männer, 39 Frauen; am häufigsten war das 16.—25. Lebensjahr befallen. Die meisten Recidive folgten in Bezug auf die Fieberdauer leichten oder mittelschweren Typhusfällen. In 75,4% aller Fälle trat das Recidiv bis Ablauf der 2. Woche der Fieberpause auf und meist war bis Ablauf der 2. Woche das Fieber wieder geschwunden. Von den Recidivkranken starben 2, von allen Typhuspat. 123,69 Männer und 54 Frauen. Der älteste Typhustodte war 68 Jahre alt, die meisten Verstorbenen zwischen 16 und 25 Jahren. Im Frühjahr und demnächst im Herbst war die günstigste Mortalität. Bei mehr als $^3/_4$ aller Gestorbenen erfolgte der Tod im 1. Monat des Spitalaufenthaltes, bei mehr als der Hälfte innerhalb eines 15tägigen Aufenthaltes. Ein Vergleich mit den Typhustodesfällen in ganz Augsburg zeigt, dass der Verlauf der Erkrankung in dieser Hinsicht in der Stadt und im Krankenhause ein analoger war. G. Meyer (Berlin).

13. H. Wolff. Zur Würdigung einiger neuerer Vorschläge zur Behandlung des Typhus abdominalis.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Verf. hat unter Fürbringer's Leitung das von Weichardt für die Typhusbehandlung vorgeschlagene Verfahren an 9 Kranken in verschiedenen Stadien und mit verschiedener Schwere der Erkrankung einer genauen Prüfung unterzogen.

Die Methode besteht in permanenter Applikation einer größeren Eisblase aufs Abdomen und einer kleineren in die Milzgegend, indem der Haupttummelplatz und Entstehungsort der Typhusbacillen durch das Eis in solche Bedingungen versetzt werden sollen, dass die Mikroorganismen absterben. Während bei dem Material von Weichardt (im Ganzen nur 4 Pat.!) 2 Tage nöthig waren, meist jedoch 10—14 Stunden genügend waren, um die Fiebertemperatur zur Norm zurückzubringen, konnte in den Fällen von W. bei einer Behandlungsdauer zwischen 56 Stunden bis 11 Tagen mit dem Eis »irgend ein Einfluss, sei es auf die Temperatur oder sei es überhaupt auf den Krankheitsverlauf« nicht konstatirt werden. Die von Preyer vorgeschlagene Abkühlung der Typhuskranken vermittels Sprühregen, welche ebenfalls nachgeprüft wurde, bewirkte bei 6 Pat. keinen nennenswerthen Abfall der Temperatur, wenigstens nicht über $^1/_2$° hinaus. Der Verlauf der Krankheit wurde durch das Verfahren nicht beeinflusst; jedoch dürften über den Werth der letzteren Methode erst weitere Untersuchungen entscheiden, während das Weichardt'sche Verfahren als völlig erfolglos anzusehen ist. Die beste Behandlungsmethode des Ileotyphus, die auch im städtischen Krankenhaus in Berlin mit günstigstem Erfolge geübt wird, bleibt — einstweilen — eine dem Einzelfalle angepasste, milde Badebehandlung. **G. Meyer** (Berlin).

14. **Christoph** (Konstantinopel). Zur Behandlung der Nierensteinkolik.
(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 13.)

C. ließ seine Pat. bei jedem Schmerzanfalle durch 20—30 Sekunden Chloroform einathmen, später auch von Butylchloral 5, Aq. destill. 120, Spir. vini 10, Glycerin 20 täglich 2—3 Esslöffel hinter einander nehmen.

K. Bettelheim (Wien).

15. **E. de Renzi.** Cura della clorosi grave mediante l'arsenico.
(Rivista clin. e terap. 1888. No. 12. p. 617.)

In 2 Fällen schwerer Chlorose, die sich gegen hygienische Maßregeln und die Eisentherapie ablehnend verhielten und den Verlauf einer progressiven perniciösen Anämie nahmen, so dass man über die Richtigkeit der Diagnose in Zweifel gerathen konnte, wendete Verf. mit glänzendem Erfolg den Arsenik an, welchen er nicht sowohl auf die Empfehlung Isnard's hin versuchte, der diese Arznei ganz allgemein gegen die Chlorose empfiehlt, sondern mit Rücksicht auf die bekannte wohlthätige Wirkung, welche dem Arsenik in der lymphatischen und perniciösen Anämie unbestritten zukommt und mit Rücksicht auf die engen Beziehungen, welche zwischen jenen Krankheiten und der Chlorose obwalten sollen. Er glaubt, die Arsentherapie (die übrigens wohl den deutschen Ärzten geläufig ist) in rebellischen Fällen von Chlorose allgemeiner empfehlen zu sollen, und räth zur Anwendung großer Gaben des Mittels, selbst bis zu 30 Tropfen der Fowler'schen Lösung pro die.

Zu bemerken ist, dass in der Tabelle, wodurch Verf. seine erste Beobachtung illustrirt, die Darreichung von Ferr. reductum ganz ersichtlich denselben, wenn nicht einen besseren Erfolg hervorgebracht hat, als die nachfolgende Arsenikdarreichung. In abgekürzter Form seien beide Beobachtungen hier wiedergegeben.

I.

Tag	Körpergewicht	rothe Blutkörperchen	Hämoglobin	Verordnung
7. Juni	34000 g	2300000	35,4%	keine
9. »	33800 g	—	—	Ferr. reduct. (0,25 bis 0,5)
12. »	34400 g	2825000	40,7%	dessgl.
17. »	34900 g	3125000	45,0%	Liq. ars. Fowleri gtt 8—18
22. »	36300 g	32250000	50%	desgl. gtt 18—24
27. »	37000 g	34150000	61,1%	desgl.

(Für den allgemeinen Schluss des Verf. aus der vorstehenden Tabelle, dass sich unter dem Gebrauch des Arsenik das Hämoglobin rascher regenerirt als die Zahl der rothen Blutkörperchen, ist wohl die Beobachtungsdauer etwas kurz; abgesehen von anderen Einwürfen.)

II.

Tag	Körpergewicht	rothe Blutkörperchen	Hämoglobin	Verordnung
13. März	—	1250000	26,1%	Liq. arsen. Fowl. 4 bis 30 gtt (täglich um 2 gtt steigend).
20. Juni	—	4500000	91,6%	

G. Sticker (Köln).

16. Graser. Über die Intubation des Kehlkopfes.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 38.)

G. berichtet über seine Erfahrungen, die er mit der Intubation des Kehlkopfes an 7 Fällen zu machen Gelegenheit hatte. Von 5 Fällen von diphtheritischer Stenose des Larynx wurde 1 geheilt, 3 verliefen letal, wenn auch in den ersten Tagen der Erfolg ein guter war; im 5. Falle musste sofort nach der Intubation die Tracheotomie vorgenommen werden, weil die Stenose noch hochgradiger wurde nach dem Einführen der Kanüle, der Fall verlief günstig. In 2 weiteren Fällen handelte es sich um schwieriges Decanülement, bei dem einen bewährte sich die Methode, bei dem anderen nur theilweise. Im Ganzen hält G. diese Methode für eine Bereicherung unseres Könnens und empfiehlt sie als vorläufigen Ersatz der Tracheotomie und als Mittel zur Erleichterung der Kanülenentfernung.

Seifert (Würzburg).

17. Originalbericht der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin am 12. November 1888.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 23.)

Uhthoff stellt eine 27jährige Pat. mit multipler Sklerose vor, die seit ca. 1½ Jahren an einer Sehstörung leidet und zur Zeit auf beiden Augen centrales Ringskotom und zwar in der Weise zeigt, dass der Fixirpunkt frei ist und eine kleine, den Fixirpunkt umgebende Zone eine Farbenstörung aufweist. Eine solche Form des Skotoms gehört bei Stammerkrankungen des N. optic. zu den großen Seltenheiten.

Bernhardt berichtet über eine durch Drucklähmung entstandene Peroneusparese, deren Interesse sich an die Seltenheit des angegebenen ätiologischen Momentes anknüpft. Sodann schließt B. den Fall einer durch Läsion des rechten oberen Scheitelläppchens, vielleicht des rechten Lobul. paracentralis (Trauma vor 12 Jahren) bedingten linksseitigen Peroneuslähmung an, bei welcher die Sensibilität und das elektrische Verhalten intakt waren. Ferner bespricht B. einen Fall partieller (nur den N. peron. profund. betreffender), aber im elektrodiagnostischen Sinne schwerer Peroneuslähmung bei einem 40jährigen Manne, der Fehlen des Kniephänomens und geringe dysurische Beschwerden zeigte. 5 Jahre später waren unzweifelhafte Tabessymptome vorhanden. Endlich macht B. auf die einseitigen rheumatischen und bei Wöchnerinnen einige Male von ihm beobachteten Lähmungen im Bereiche des Peroneus aufmerksam.

Remak berichtet in der Diskussion über einen Fall von Peroneusdrucklähmung und Martius schildert eine etwa in Jahresfrist nach der Operation eines Empyems auftretende peripherische Neuritis, die zur degenerativ-atrophischen Lähmung nur eines Zweiges des Peroneusgebietes geführt hat.

Oppenheim berichtet über einen Fall von kombinirter Erkrankung der Rückenmarksstränge im Kindesalter.

Bei einem 15jährigen Mädchen entwickelt sich im Anschluss an Masern eine fortschreitende Sehstörung auf dem rechten Auge. Die sich später einstellenden Symptome stellen sich einmal als choreaartige Zuckungen in der linken Körperhälfte, denen Schwäche und Kontraktur in den Gelenken der linken Oberextremität zugesellt sind, und sodann als Krankheitserscheinungen dar, die mit dem Bilde der Tabes Verwandtschaft bekunden, wie Opticusatrophie, Lichtstarre der Pupillen, Ptosis dextra, Westphal'sches Zeichen, Romberg'sches Symptom, spurweise Ataxie

der unteren Extremitäten. Sub finem vitae Decubitus, Vermehrung der Schwäche der in starker Beugestellung verharrenden Beine.

Die Obduktion und mikroskopische Prüfung ergab Systemerkrankung der Pyramidenseiten- und -Vorderstrangbahnen, der Goll'schen und Burdach'schen Stränge, Atrophie der absteigenden Quintuswurzel und der von Westphal beschriebenen Zellgruppen im oberen Niveau des Oculomotoriuskernes.

J. Ruhemann (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

18. A. Eulenburg. Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. XIII bis XVIII.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1888/89.

Seit unserer letzten Besprechung der Realencyklopädie sind weitere 5 Bände derselben (Artikel: Melissa—Schulz) erschienen, die durchaus auf der Höhe ihrer Vorgänger stehen. Die einzelnen Aufsätze sind zur überwiegenden Mehrzahl auch hier in einer für ein derartiges Sammelwerk wirklich seltenen Weise gleichmäßig gut behandelt. Die eigentlich klinischen Gegenstände sind hauptsächlich von Ewald (Milzkrankheiten, Nierenentzündung), Fürbringer (Rötheln und Scharlach), Riess (Pseudoleukämie), H. Eichhorst (perniciöse Anämie), A. Fraenkel (Pneumothorax), P. Guttmann (Perkussion); die neurologischen von Seeligmüller (Migräne, Paramyoclonus), M. Rosenthal (Metalloskopie), A. Pick (Muskelatrophie, Rückenmarkskrankheiten), E. Remak (Neuritis, Radialislähmung), A. Eulenburg (Paralysis agitans), Oppenheim (Railway-Spine); die pharmakologischen und toxikologischen von L. Lewin (Opium), H. Schulz (Quecksilber), Husemann (Muschelgift, Ptomaine); die physiologisch chemischen von J. Munk (Milchsäuren, Oxalurie, Phenolverbindungen, Reduktion); die dermatologischen von Schwimmer (Miliaria), E. Behrend (Scabies), Geber (Pediculosis); die Nasenkrankheiten von Bresgen, die des Pharynx von B. Fraenkel bearbeitet worden. Sollten wir daneben noch einzelne Aufsätze besonders hervorheben, so müssten es die vortrefflichen, zusammenfassenden Darstellungen sein, die Marchand von den Missbildungen, Rollet von der Muskelhistologie und Physiologie, Hirschberg von der Ophthalmoskopie und Refraktion gegeben haben.

Strassmann (Berlin).

19. R. Kobert (Dorpat). Kompendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Ärzte.

Stuttgart, Ferd. Enke, 1888.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Arzneiverordnungslehre, dieser so überaus wichtige Zweig der medicinischen Wissenschaft auf den Universitäten vielfach sowohl von Seiten der Lehrenden, wie der Lernenden arg vernachlässigt wird. Noch immer tritt der junge Arzt oft genug nur mit einem größeren oder geringeren Schatz gelernter — häufig auch nicht einmal gelernter, sondern vorläufig nur geschriebener oder in Form einer Receptsammlung gedruckter — Formeln in die Praxis. Die Einsicht, warum jene Formeln so zusammengesetzt, die Fähigkeit, neue für den individuellen Krankheitsfall passende Recepte selbst zusammenzustellen und dabei Versehen, die eventuell die Wirksamkeit und Brauchbarkeit der medicinischen Verordnung vernichten und den Arzt vor Publikum und Apotheker herabsetzen, zu vermeiden, geht ihnen häufig genug noch auf lange ab. Als ein dankenswerthes Unternehmen muss es daher bezeichnet werden, dass K. in dem vorliegenden Buche nach Kursen, die er in Halle und in Dorpat gehalten hat, ein sowohl zur Einführung in die Arzneiverordnungslehre wie auch als Nachschlagebuch wirklich brauchbares Kompendium zusammengestellt hat.

Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. Es ist nicht möglich, hier auf Einzelheiten des Inhaltes näher einzugehen. Es ist aber

auch nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, dass das Buch auf seinen nur 200 Seiten in der That alles Wissenswerthe aus der Arzneiverordnungslehre in kurzer und prägnanter Form darbietet. Überall merkt man, dass der Verf. in vielseitiger Berührung sowohl mit Studirenden, wie mit der ärztlichen Praxis das Wichtige vom Unwichtigen zu scheiden gelernt und Jenes eindringlich hervorzuheben, dieses kurz abzuthun verstanden hat.

Von Kleinigkeiten, die vielleicht einer Verbesserung bedürfen, ist dem Ref. u. A. aufgefallen, dass K. bei der Erwähnung der Glycerinklysmen von 25—50 g des Mittels spricht; es ist nicht recht ersichtlich, ob er diese Menge als Zusatz zu einem umfangreicheren Excipiens meint, oder ob er von den reinen Glycerinklysmen spricht; in letzterem Falle wäre die Dosis um das 5—10fache zu hoch angegeben.

Der Besprechung der verschiedenen Arzneiformen sind überall Beispiele von Receptformeln beigefügt; es ist dankenswerth, dass stets die Preise und die Berechnung derselben mit angeführt sind. **A. Freudenberg** (Berlin).

20. M. Nitze (Berlin). Lehrbuch der Kystoskopie. Ihre Technik und klinische Bedeutung.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889.

Der Erfinder der Elektroendoskopie der Blase legt, nachdem seine Instrumente und Methoden sich so weit entwickelt, dass sie mit Recht schon von vielen Seiten in der Praxis Anwendung und Anerkennung gefunden haben, in dem vorliegenden Lehrbuche seine Erfahrungen nieder. Das Buch soll bestimmt sein, Denjenigen, die die Kystoskopie ausüben wollen, »die technischen Schwierigkeiten nach Möglichkeit zu erleichtern und sie mit den Bildern der einzelnen pathologischen Veränderungen der Harnblase vertraut zu machen«.

Der 1. Abschnitt bespricht die Theorie und Technik der kystoskopischen Untersuchungsmethode; der 2. Abschnitt schildert den endoskopischen Befund der gesunden und kranken Harnblase — er enthält u. A. auch den Bericht über 20 vom Verf. kystoskopisch diagnosticirte Fälle von Blasengeschwülsten, die die praktische Wichtigkeit der neuen Methode auf das trefflichste illustriren; der 3. Abschnitt endlich ist der klinischen Würdigung der Bedeutung der Kystoskopie für die Diagnostik und Therapie der Harn- und Blasenleiden gewidmet. Ein Nachwort endlich sichert das geistige Eigenthum des Erfinders gegenüber den Prätentionen des Wiener Instrumentenmachers Leiter.

Es ist hier nicht die Möglichkeit auf Einzelheiten des Buches einzugehen. N. selbst sagt in der Einleitung, dass die vorliegende Schrift nur ein Gerüst darstelle, »dessen vollständiger Ausbau erst im Laufe der Jahre durch die vereinte Arbeit zahlreicher Forscher ermöglicht werden wird«, und er drückt die Hoffnung aus, dass sich recht viele berufene Mitarbeiter an der Hebung der noch verborgenen Schätze betheiligen mögen. Das aber mag hier gesagt sein, dass Jeder, der sich für die Kystoskopie, diese jüngste, vielversprechende Tochter der physikalischen Diagnostik interessirt, damit wird beginnen müssen, das N.'sche Lehrbuch auf das Genaueste zu studiren. Er wird dies um so leichter und um so lieber thun können, da das Buch in seltener Weise einen den Leser anziehenden und anregenden Enthusiasmus mit bis ins Einzelne klarer Darstellung und nüchternster Selbstkritik verbindet. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass das N.'sche Lehrbuch auf lange hinaus zu den fundamentalen Büchern der wissenschaftlichen Medicin gerechnet werden wird. **A. Freudenberg** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. Sonnabend, den 13. Juli. 1889.

(Aus dem pharmakologischen Institut zu Bonn.)

Experimentelle Untersuchungen über Syzygium Jambolanum gegen künstlichen Diabetes.

Von

Dr. C. **Graeser** in Bonn.

Im pharmakologischen Institut zu Bonn, dessen Räume und Apparate mir von Herrn Geheimrath Binz gütigst zur Verfügung gestellt worden waren, machte ich in letzter Zeit Versuche an, durch Phloridzin diabetisch gemachten, Hunden mit Extrakten aus den Früchten von Syzygium Jambolanum.

Es ist dies ein Baum von beträchtlicher Höhe, zur Gruppe der Eugenioideae, der Unterfamilie der Myrteae gehörend, welcher im tropischen Amerika, Westindien und Ostasien heimisch vorkommt und dessen säuerlich schmeckende Früchte dort gegessen werden. Ich lernte die Pflanze auf Java kennen, wo sie »Djamelang« von den Inländern genannt wird und Früchte und Bast derselben gegen Diarrhoe und Diabetes angewandt werden.

Seit die Pflanze in Europa, meist unter dem abgekürzten Namen »Jambul« bekannt wurde, fand sie auch hier verschiedentlich Anwendung gegen Diabetes. (Vgl.: Bernhard Schuchardt-Gotha, Korrespondenzbl. für den allgem. ärztl. Verein von Thüringen 1888 No. 11. »Weckbl. v. h. Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1888 Maart 24.« »Centralbl. für klin. Medicin 1889 No. 23.«)

Um die Wirksamkeit der Droge genauer zu prüfen und zu sehen, ob und in welchem Maße sie eventuell auch künstlichen Diabetes beeinflusse oder in der Anwendung giftige Nebenwirkungen zeige, machte ich Hunde nach den Angaben von v. Mehring (vgl. Verhandlungen des Kongresses für »innere Medicin«, Wiesbaden 1886) durch Phloridzin diabetisch.

Bei einer Tagesgabe von 2,5—4,8 g Phloridzin (1 g Phloridzin per Kilo Körpergewicht) zeigte sich bei einem jungen Hunde von 2700—4800 g Körpergewicht eine 24—30 Stunden andauernde Zuckerausscheidung im Gesammtgewicht von 5,89—12,45 g Zucker.

Ich gab das Phloridzin Anfangs auf einmal, später grammweise jede 2.—3. Stunde, wobei sich kein beträchtlicher Unterschied in der Zuckerausscheidung ergab.

Dreimal wurde bei reinen Phloridzinversuchen Diarrhoe beobachtet.

Sobald nun dem Thiere, je nach den einzelnen Versuchen vor, mit oder nach dem Phloridzin, Extrakt von Syzygium Jambolanum gegeben wurde, sank die Zuckerausscheidung jedes Mal und zwar in einzelnen Fällen um $^{9}/_{10}$ der unter alleiniger Phloridzinbehandlung ausgeschiedenen Zuckermenge; ausnahmslos jedoch mindestens um die Hälfte.

Zugleich wurde auch die Dauer der Ausscheidung verkürzt.

Während also unter Phloridzin allein 5,89—12,45 g Zucker pro Versuch nachgewiesen werden konnten, ergab die Untersuchung (bei entsprechenden Phloridzindosen) unter Jambulbehandlung pro Versuch eine Höchstausscheidung von 2,906 und eine Mindestausscheidung von 1,5 g Zucker pro Versuch.

Bei einem Mittel, dessen Wirkung mit einem bestimmten Zeitpunkt beginnt und aufhört, muss natürlich auch das Gegenmittel zu bestimmter Zeit und in entsprechender Quantität in Wirkung treten, was bloß auf experimentellem Wege gefunden werden kann. Wenn also auch bei jedem der angestellten Versuche eine Verminderung der Zuckerausscheidung eintrat, so wird jedenfalls, das ergiebt die durch Jambul um $^{9}/_{10}$ verringerte Ausscheidung, diese,

bei richtiger Anwendung des richtigen Präparates auch vollständig verhindert werden können.

Um dieses zu erhärten sind die Verhältnisse beim Diabetes mellitus weit günstiger; abgesehen, dass dadurch eventuell auch die Übereinstimmung des durch Phloridzin erzeugten und des »natürlichen« Diabetes dargethan werden kann.

Das Syzygium Jambolanum aber bei Diabetes mellitus beim Menschen weiter, und zwar in höherer Dosirung als bisher, anzuwenden, ist jedenfalls des Versuches werth, zudem von keiner Seite bisher irgend aus dem Mittel selbst sich ergebende Kontraindikationen erwähnt werden.

Auch das Versuchsthier bei meinen Experimenten zeigte, bei Gaben von 18 g Jambulextrakt pro die, keinerlei Zeichen irgend einer Nebenwirkung. Nur bei einem Jambulversuch trat in der Nacht dünnbreiiger Stuhl auf, der aber, wie spätere reine Phloridzinversuche ergaben, wahrscheinlich auf Rechnung dieses zu setzen ist.

Bei allen Versuchen wurden Extrakte des Syzyg. Jambol. angewandt, welche aus von mir mitgebrachten Früchten der Pflanze von R. H. Davies, F. J. C. Chemist to the Society of Apothecaries London, hergestellt worden waren.

Die Früchte sind sehr stärkehaltig. Es wurde also bei der Extraktion, aus der Anwendung sich ergebender Gründe halber, darauf gesehen, möglichst wenig dieser Stärke in das Extrakt zu bekommen.

Die Extrakte waren verschieden, theils aus der ganzen Frucht, theils je aus der Schale oder dem Kern der Frucht gesondert dargestellt — und zwar in einer Koncentration, dass 100 g Frucht ungefähr durch $16^1/_3$ g Kern- und $11^2/_3$ g Schalenextrakt repräsentirt wurden. Pro dosi waren 6 g, pro die 18 g die höchst verabreichte Menge.

Ob die wirkende Substanz in der Schale oder im Kern sitzt, konnte bis jetzt nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Wahrscheinlich ist sie in beiden, zum größeren Theil jedoch wohl in der Schale enthalten.

Ich gestatte mir hier einige entsprechende Versuche anzuführen:

I.

a) Phloridzin:

28. Mai 1889. Hund wiegt 2750 g.
10 Uhr Morgens erhält er 2,5 g Phloridzin.
4 Uhr Mittags = 45 ccm Harn, spec. Gewicht = 1058, Polarisation ergiebt = 4,16% Zucker.
8 Uhr Abends = 48 ccm Harn, spec. Gewicht = 1056, Polarisation ergiebt = 4,3% Zucker.
Nachtharn = 125 ccm, spec. Gewicht = 1065, Polarisation ergiebt = 6,3% Zucker.
29. Mai. Hund wiegt = 2800 g.
12 Uhr Mittags = 35 ccm Harn, spec. Gewicht = 1040, Polarisation ergiebt = 2,1% Zucker.
4 Uhr Mittags = 100 ccm Harn, spec. Gewicht = 1026, kein Zucker.

Gesammtzuckermenge des Versuchs = 12,46 g.

b) Phloridsin mit Jambul:

13. Juni 1889. Hund wiegt = 3700 g.
10 Uhr Morgens erhält er = 3,7 g Phloridsin und gleich darauf = 2 g Jambulextrakt.
12 Uhr Mittags erhält er wieder = 2 g Jambulextrakt.
4 Uhr Mittags = 74 ccm Harn, spec. Gewicht = 1040, Polarisation ergiebt = 2,593% Zucker.
8 Uhr Abends = 24 ccm Harn, spec. Gewicht = 1035, Polarisation ergiebt = 1,904% Zucker.
Nachtharn = 88 cm, spec. Gewicht = 1030, kein Zucker mehr.

Gesammtzuckermenge des Versuchs = 2,891 g.

Zur Nahrung erhielt der Hund täglich 250 g Fleisch und 500 ccm Milch.

II.

a) Phloridsin mit Jambul.

24. Juni 1889. Hund wiegt = 4440 g.
9 Uhr Morgens erhält er 1,4 g Phloridsin nebst 2 g Jambulextrakt (dazu 40 g Rohfleisch und 100 ccm Milch).
$10^1/_2$ Uhr Morgens = 1,0 g Phloridsin nebst 2 g Jambul (dazu 40 g Rohfleisch).
12 Uhr Mittags = 1 g Phloridsin nebst 2 g Jambul (dazu 40 g Rohfleisch mit 150 ccm Milch).
3 Uhr Mittags = 1 g Phloridsin nebst 2 g Jambul (dazu 40 g Rohfleisch und 100 ccm Milch).
$4^1/_2$ Uhr Mittags = 2 g Jambul (dazu 45 g Rohfleisch und 100 ccm Milch).
$6^1/_2$ Uhr Abends = 2 g » » 45 g » » 50 ccm »
Harnmenge in 24 Stunden = 390 ccm, spec. Gewicht = 1024, Polarisation ergiebt = 0,4% Zucker,

daher Gesammtzuckermenge = 1,6 g.

b) Phloridsin:

22. Juni. Hund wiegt = 4570 g.
9 Uhr Morgens erhält er = 1,5 g Phloridsin (dazu 40 g Rohfleisch und 100 ccm Milch).
$10^1/_2$ Uhr Morgens = 1,0 g Phloridsin (dazu 40 g Rohfleisch).
12 Uhr Mittags = 1 g Phloridsin (dazu 40 g Rohfleisch und 150 ccm Milch).
3 Uhr » = 1 g » » 40 g » » 100 » »
$4^1/_2$ Uhr » = 45 g Rohfleisch und 100 ccm Milch.
$6^1/_2$ » Abends = 45 g » » 50 » »
Harnmenge in 24 Stunden = 415 ccm (der Hund hatte in der Nacht halbdünnen Stuhl, wodurch etwas Harn verloren ging), spec. Gewicht = 1037, Polarisation ergiebt = 2,4% Zucker,

daher Gesammtzuckermenge = 10,0 g.

III.

a) Phloridsin mit Jambul.

25. Juni. Hund wiegt = 4800 g.
9 Uhr Morgens = 1,8 g Phloridsin (dazu 40 g Rohfleisch und 100 ccm Milch).
10 » » = 6 g Jambulextrakt » 40 g »
11 » » = 2 g Phloridsin » 40 g » » 100 ccm »
12 » Mittags = 6 g Jambulextrakt » 40 g »
1 » » = 1 g Phloridsin » 40 g » » 100 ccm »
$2^1/_2$ Uhr » = 6 g Jambul » 45 g » » 100 ccm »
6 Uhr Abends = 45 g Rohfleisch und 100 ccm Milch.
Harnmenge = 490 ccm, spec. Gewicht = 1022, Polarisation ergiebt = 0,3% Zucker.

Gesammtzuckermenge des Versuches = 1,5 g.

26. Juni kein Zucker.

b) Phloridzin.

27. Juni. Hund wiegt = 4870 g.

9 Uhr Morgens = 1,8 g Phloridzin (dazu 40 g Rohfleisch und 100 ccm Milch).
11 Uhr » = 2 g » » 40 g » » 100 ccm »
1 Uhr Mittags = 1 g » » 40 g » » 100 ccm »
$2^1/_2$ Uhr » = 45 g Rohfleisch und 100 ccm Milch.
6 Uhr Abends = 45 g » » 100 ccm »
Harnmenge = 570 ccm, spec. Gewicht = 1027, Polarisation ergiebt = 1,84% Zucker.
Gesammtzuckermenge = **10,5** g.

Die ganze Versuchszeit hat der Hund unter gleichen Nahrungs- und Bewegungsverhältnissen im Glasschrank verbracht.

Aus obigen, einer längeren Reihe entnommenen Versuchen ergiebt sich:

Zuckerausscheidung in Gramm

	I	II	III
bei Phloridzin	12,5	10,0	10,5
» Phloridzin mit Jambul	2,4	1,6	1,5
» Zuckerabnahme in Procent	80,8	84,0	85,7.

Bei Phloridzindiabetes vermindert also Jambul die Zuckerausscheidung um ein Bedeutendes.

Auch in größeren Dosen gereicht zeigen die Jambulextrakte keine schädlichen Nebenwirkungen.

Die Versuche werden von mir fortgesetzt und auch auf das chemische Suchen des im Jambul wirksamen Körpers ausgedehnt werden.

---

1. **B. Naunyn.** Über die Auslösung von Schmerzempfindung durch Summation sich zeitlich folgender sensibler Erregungen.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. p. 272.)

Im Anschluss an seine früheren Mittheilungen über eine eigenthümliche Sensibilitätsstörung bei Tabeskranken publicirt N. das Resultat neuer Beobachtungen, das er über eine durch Reizsummation zu Stande kommende Form von krankhafter Hyperästhesie gewonnen hat. Sie kommt am häufigsten und ausgesprochensten bei Tabes, seltener und weniger deutlich bei Kompression der Medulla spinalis oder anderen transversalen Herderkrankungen derselben und nach Minkowski auch bei multipler Neuritis vor.

Mit einer Nadelspitze, dem Nadelknopf, einem stumpfen Draht, einem feinen Haarpinsel oder mittels Einzelschlägen des Induktionsstromes werden meist auf der Fußsohle oder dem Fußrücken des Pat. Reize applicirt, die im Takte von ungefähr 60—600 in der Minute wiederholt werden. Die einzelnen Hautreize sind dabei relativ sehr schwach, bei stärkerer Hyperästhesie muss dagegen die absolute Stärke der Einzelreize ziemlich bedeutend sein. Der Schmerz tritt bei einer derartigen Reizung nach dem Verlauf von 3—45 Sekunden ein, und zwar ziemlich plötzlich und heftig und erreicht in wenigen Sekunden sein Maximum. Dabei wird derselbe zwar an der Stelle

des Reizes lokalisirt, jedoch als ein von dort über die ganze Unterextremität, zuweilen über beide Beine ausstrahlender bezeichnet. Er verschwindet nach wenigen Sekunden und meist auch bei fortgesetzter Reizung. Zu der geringen Stärke der Reize steht der heftige Schmerz in gar keinem Verhältnis. Gewöhnlich war derselbe von einer Reflexbewegung begleitet. In einer anderen Reihe von Fällen wächst die Stärke des Schmerzes selbst beim Unterbrechen der Reizung noch sekundenlang an. In einem Falle betrug die Dauer jener Schmerzempfindung, die die ganzen unteren Extremitäten ergriffen hatte, sogar mehrere Minuten.

Bei diesen Versuchen ergab sich nun, »dass die Größe der Latenzzeit in viel geringerem Maße von der Art und Intensität des Reizes, als von der Schnelligkeit, mit der sich die Reize folgen, abhängt: mit der Größe des Intervalles zwischen den Einzelreizen wächst die Latenzzeit«. Diese letztere Verkürzung der Latenzzeit ging in einem Falle so weit, dass bei einigen Versuchen ein einziger Reiz zur Hervorbringung des Schmerzes genügte.

N. führt dann aus, dass bei dem normalen Menschen eine dem Summationsschmerz ähnliche Hyperästhesie — denn um eine solche handelt es sich doch zweifellos — oder nur eine nennenswerthe Steigerung der Empfindung bei noch so lange fortgesetzter Reizung nicht zu Stande kommt. Dagegen zeigt sich eine Übereinstimmung des Resultates mit den Angaben Stirlings u. A. über die durch Summirung sensibler Reize erzielten Reflexbewegungen. N. streift jene Versuche kurz und nach Anführung einiger einschlägiger Fälle aus der Litteratur versucht er eine Erklärung des Summationsphänomens zu geben. Hyperästhesien im Allgemeinen als Zeichen gesteigerter Erregbarkeit des Nervensystems anzusehen, hält er für unberechtigt, da bis jetzt noch in keinem Falle der Beweis dafür geführt worden ist. Bei dem Mangel eines anderen Beweises für das Zustandekommen von Hyperästhesien glaubt N. an die Berechtigung der Frage, »ob nicht überall bei der Hyperästhesie Reizsummation im Spiele sei, ja, ob nicht jeder Schmerz, auch der normale, so zu sagen physiologische Schmerz erst durch Reizsummation ausgelöst werde«. Analog wie die Reflexauslösung erscheine der Vorgang der Schmerzempfindung. Da erstere nach Stirling nur durch wiederholte Anstöße der nervösen Centren zu Stande komme, so frage es sich, ob nicht bei letzterer derselbe Process sich abspiele. N. hält die Anschauung Griesinger's, wonach der Schmerz eine Störung der normalen Funktion der Nervenfaser »durch Störung ihrer normalen Organisation« ist, für zutreffend. Durch diese Störung ihres organischen Zustandes werde die Nervenfaser nicht in eine momentane Erregung, sondern in einen längeren Reizzustand versetzt, welcher den nervösen Centren eine Reihe von Anstößen giebt. Verf. betont jedoch, dass beim gesunden Menschen die normalen schwächeren sensiblen Reize, die durch Vermittelung der specifischen Endorgane wirken, in der Regel keine Summation erfahren, sondern dass hier

jede einzelne Erregung sofort zu den die Empfindung vermittelnden Centren fortgeleitet und damit ausgeglichen wird. Die hierzu dienenden Leitungsbahnen sind aber nicht zum Ausgleich der Schmerz auslösenden Erregungen geeignet. Durch jenen Umweg und die dort erst stattfindende Erregungssummation kommt die so erhebliche Verspätung der Empfindung zu Stande. Die Frage, welcher Reiz fähig ist, eine schmerzhafte Empfindung auszulösen, d. h. ob die sensible Nervenfaser selbst angegriffen sein muss, oder ob eine sehr starke oder sehr umfangreiche funktionelle Erregung nöthig ist etc., ist noch nicht entschieden. Die vorliegende Form der Hyperästhesie ist jedenfalls durch die bestehende Erkrankung des Nervensystems bedingt. Durch die in Folge der betreffenden Leiden verursachten Leitungsstörungen der schmerzlosen Empfindungsbahnen, die wahrscheinlich in den Hintersträngen verlaufen, werden die sensiblen Erregungen, selbst geringster Intensität, auf die schmerzleitenden Bahnen, die vermuthlich in der grauen Substanz verlaufen, übertragen. Es kann daher die Summation und also auch die Schmerzempfindung nur da zu Stande kommen, wo die Leitung durch die graue Substanz nicht zu sehr gestört ist.

Eine Anzahl Versuchsprotokolle zur Illustration des oben angeführten Resultates, so wie die ausführlichen Krankengeschichten sind der Arbeit beigegeben. **A. Neisser** (Berlin).

---

2. **H. Zwaardemaker.** Anosmie. Een klinische Analyse.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 1.)

Der Geruchssinn ist bekanntlich individuell verschieden stark entwickelt und kann vollständig vernichtet sein. Die Geruchsschwäche findet ihre Ursache 1) in einer Behinderung der Luftströmung nach der Regio olfactoria, a) von vorn her, bei der Inspiration, b) von hinten, aus den Choanen her, nach dem Schlingen; 2) in einer Vernichtung der Regio olfactoria selbst und 3) in einer Zerstörung der Geruchsnerven und des Bulbus olfactorius. Hiernach hat man also zu unterscheiden zwischen Anosmia respiratoria, Anosmia gustatoria, Anosmia essentialis und Anosmia intracrania.

Die Anosmia respiratoria und Anosmia essentialis wird besonders berücksichtigt und mit Krankengeschichten illustrirt. Die erstere findet ihre Ursache in Asymmetrie des Nasengerüstes, in Ecchondrosen und Exostosen, in entzündlichen Schwellungen der Schleimhaut, in Nasenpolypen und anderen Geschwülsten. Die essentiellen Anosmien beruhen auf: 1) katarrhalischen Entzündungen der Nasen- und Rachenschleimhaut (auch adenoide Vegetationen), die auf die Regio olfactoria übergreifen; 2) Ulcerationen der Regio; 3) toxischen Agentien. Die letzteren können lokal wirken (toxische Gase, Nasenduschen mit ungeeigneten Flüssigkeiten und Zerstäubung verschiedener Pulverarten als Morphin u. A.), sie können aber auch indirekte Wirkung haben, die Anosmie ist dann Theilerscheinung der allgemeinen Ver-

giftung (Morphin, Atropin etc.) oder einiger allgemeiner Krankheiten. 4) Atrophie des eigenen Pigmentes der Regio (treffende Beobachtungen bei Leukopathie und Albinismus).

L. meint, in der Zukunft sei es nicht gestattet nur die Anoemie festzustellen, man soll auch der Ursache Erwähnung thun.

Feltkamp (Amsterdam).

---

3. N. de Dominicis. Sul valore diagnostico dell' ascoltazione stetoscopica della percussione.

(Rivista clin. e terap. 1888. September.)

Verf. beleuchtet mit 5 Krankengeschichten die Nothwendigkeit, in manchen Fällen, deren Diagnose Schwierigkeiten bietet, eine genauere Grenzbestimmung der Organe und der anderen Contenta in Brust- und Bauchhöhle zu gewinnen, als sie die gewöhnliche Methode der Perkussion geben kann. Die von Camman und Clarcke empfohlene und von A. Bianchi weiter ausgebildete stethoskopische Auskultation des Perkussionsschalles hat ihm in Verfolgung jenes Zweckes gute Dienste geleistet. Unter Berücksichtigung der Thatsache, dass die Höhe und Intensität der Schallschwingungen in gleichem Sinne mit der Dichtigkeit, dem Umfang und der Dicke des perkutirten Körpers, mit der Elasticität, der Dichtigkeit und der Homogeneität der ihn bedeckenden Wandung, so wie mit der Annäherung des perkutirten Organs an diese Wandung wächst und umgekehrt mit Abnahme jener Qualitäten abnimmt, gilt es bei dem in Rede stehenden Verfahren behufs der Grenzbestimmung eines Organs vornehmlich zwei Punkte zu fixiren, 1) den, wo der Schall an Intensität verliert: hier ist die Pseudogrenze des Organs; 2) den, wo der Schall ganz seinen Charakter wechselt; hier ist die echte Grenze des Organs.

Praktisch kommt die Reihe Bianchi's zur Geltung, in welcher die verschiedenen »Organe« nach der Intensität des ihnen »eigenthümlichen« Schalles in absteigender Linie geordnet sind: Leber, Milz, Herz, Nieren, fester Inhalt von Organhöhlen, blutige, eitrige und wässrige Ansammlungen, Lungen, Eingeweide und gasiger Inhalt der Organe.

G. Sticker (Köln).

---

4. H. Rottenbiller (Budapest). Temperaturbeobachtungen bei Paralytikern.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 1 u. 2.)

R. theilt, nach einer Übersicht der bisherigen Litteratur seine eigenen 6 Monate hindurch fortgesetzten Untersuchungen bei 33 Paralytikern mit; Gesammtzahl der Thermometermessungen 4724, in der Achselhöhle, 2—3mal täglich; auf einen Kranken entfielen durchschnittlich 143,15 Messungen. Die Beobachtungen ergaben das überwiegend häufige Vorkommen subnormaler Temperaturen, zwischen 35,5 und 36,5° C., nicht selten auch unter 35,5. Abendtemperatur

meist höher als Morgentemperatur, seltener subnormal. Selten waren die Temperaturen den ganzen Tag über normal; nur in einem Falle dementer Paralyse zeigten sich während der ganzen Messungsdauer keine subnormalen Temperaturen. Die Tagesschwankungen übertrafen oft 1°. Temperaturen von 37—37,8° scheinen bei der progressiven Paralyse schon den Charakter von Fieberzuständen zu haben. Aufregungen wirken im Allgemeinen erhöhend, doch kommt es auch in solchen Fällen höchstens zu Temperaturen von 38—38,5°. Eine auffallende Erscheinung bilden die episodischen Temperaturerhöhungen, welche sich auf keinen nachweisbaren Grund zurückführen lassen; sie betrugen zumeist zwischen 37,9 und 38,8, können aber über 39° (in einem Falle sogar bis 40°) steigen. Sie zeigten sich fast in allen Fällen (nur zweimal fehlend), meist nur einmal im Tage, Mittags oder Abends, zuweilen mehrere Tage hinter einander je einmal im Tage, seltener auf den ganzen Tag oder mehrere Tage sich erstreckend, mit morgendlichen Remissionen. Ein einziges Mal wurde die Temperaturerhöhung Morgens (39° C.) beobachtet. Diese Temperatursteigerungen, eben so wie die übrigen Temperaturanomalien der progressiven Paralyse, finden ihre Erklärung wahrscheinlich in den Funktionsstörungen der vasomotorischen und wärmeregulirenden Centren. Die charakteristischen Temperaturverhältnisse der Paralytiker können auch vom diagnostischen Standpunkt aus verwerthet werden, da sie auch in den Anfangs- und Remissionsstadien zum Ausdruck gelangen. Paralytische Anfälle verursachten ohne Ausnahme Temperatursteigerung. In 4 Fällen von progressiver Paralyse wurden tiefe Temperatursenkungen beobachtet, wobei die durch verschiedene Ursachen bedingte hochgradige Erschöpfung, Inanition, Unbeweglichkeit, aber auch centrale Ursachen (Reizung wärmeregulirender Centren?) mitzuwirken scheinen. Bei 4 Epileptikern wurde durch die Anfälle die Temperatur bald um einige Zehntel erhöht, bald vermindert.

Eulenburg (Berlin).

---

5. **E. Pfeiffer** (Wiesbaden). Drüsenfieber.

(Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung in Köln. Mit Zusatz von O. Heubner.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. Bd. XIX. p. 257.)

Unter diesem Namen schildert P. einen Krankheitszustand, der oft vorkommt, in den Lehrbüchern aber nicht erwähnt wird. Akute Erkrankung, Frost, Hitze, Schmerzen in allen Gliedern, große Unruhe, Appetitlosigkeit, eventuell Erbrechen, Ursache unbekannt — so lautet die Anamnese. Die Untersuchung ergiebt eine Temperatur von 39—40° C., Zunge wenig belegt, Fauces leicht geröthet, ohne jeden Belag. Im Übrigen alle Organe normal; nur am Halse findet man in dessen ganzem Umfang, besonders aber am hinteren Rande des Sterno-cleido-mast. und im Nacken mehrere bis zahlreiche Lymphdrüsen geschwollen, welche bei Druck und Bewegungen schmerzhaft sind. In leichten Fällen ist das Fieber bereits am zwei-

ten Tage geschwunden, die Drüsen schwellen in einigen Tagen ab. Durch Nachschübe kann sich indess die Krankheit verlängern, es schwellen zuerst nur die Drüsen einer Halsseite an, dann auch die auf der anderen und weiter die Nackendrüsen, der Schlund ist etwas stärker geröthet, es stellt sich etwas Schnupfen und leichter Husten ein. Auf diese Weise hält sich das hohe Fieber mehrere Tage. Am 3. oder 4. Tage sind dann jedes Mal Leber und Milz palpabel und meist wird spontaner Schmerz in der Mittellinie des Abdomens genau in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse angegeben. Es finden sich also verändert die Lymphdrüsen des Halses und Nackens, Leber, Milz, vielleicht auch die mesenterialen (Schmerz zwischen Nabel und Symphyse), retroösophagealen (Schlingbeschwerden) und retrotrachealen (Hustenreiz) Lymphdrüsen (nie Axillar- und Inguinaldrüsen). Kennt man die stets günstig verlaufende Krankheit nicht, so kann das augenblicklich schwere Bild zu unangenehmen Irrthümern veranlassen. Als das Charakteristischste erscheint die schmerzhafte Schwellung hinter dem Kopfnicker (die natürlich frisch entstanden sein muss). Nach dem klinischen Verlauf macht die Krankheit den Eindruck einer infektiösen, eine Annahme, die durch das Vorkommen ausgesprochener Haus- und Familienepidemien bestätigt wird. P. schildert dann den Verlauf einer solchen, wobei innerhalb 14 Tagen 4 Kinder (10—16 Jahre alt) einer Familie in übereinstimmender, aber dem Grade nach verschiedener Weise erkrankten. Bei allen waren die Nackendrüsen geschwollen und schmerzhaft. Es bleibt dahingestellt, ob es sich bei dem geschilderten Zustand um eine Krankheit sui generis handelt, oder ob das Drüsenfieber nur den Abortivzustand einer anderen Erkrankung darstellt (Typhus, Diphtherie ziemlich ausgeschlossen, eher Masern, Scharlach, Varicellen, doch ließ sich eine Infektionsmöglichkeit bisher nicht erkennen), oder ob dasselbe Bild verschiedenartige Krankheitsprocesse in sich begreift. Letzteres besonders wird sich erst durch pathologisch-anatomische und bakteriologische Forschung entscheiden lassen. Die Therapie beschränkt sich auf Öleinreibung über den Drüsen, Watteeinpackung des Halses, in schweren Fällen Bettruhe.

Im Anschluss hieran schildert Vortr. ebenfalls unter der Bezeichnung »Drüsenfieber« eine mehr subakut verlaufende Krankheit, deren Ähnlichkeit mit obigem Bilde einzig darin beruht, dass auch hier Milz, Leber und Lymphdrüsen, aber nur die Mesenterialdrüsen betheiligt sind. Vortr. hat bereits 1887 in der pädiatrischen Sektion der Naturforscherversammlung in Wiesbaden darüber berichtet in einem Referate »Über die Verdauung im Säuglingsalter bei krankhaften Zuständen«. Hartnäckige, aber nicht sehr reichliche, grünliche oder grauliche Diarrhoen, mäßiges Fieber, beträchtliche Abmagerung, Schwellung von Leber und Milz, geringe Albuminurie und Ascites verschiedenen Grades. Kalomel und Prießnitz'sche Wickel um den Leib bringen die Symptome am schnellsten zum Schwinden; roborirende Diät, Chinawein, Eisen führen dann in einigen Wochen

bis 3 Monaten zu völliger Genesung. Vortr. bezeichnet die Krankheit auch als allgemeine Anschoppung der Unterleibsdrüsen und hebt hervor, dass sie sich wesentlich vom einfachen Darmkatarrh und vom Typhus, andererseits durch den günstigen Verlauf von Tabes meseraica unterscheidet. Mit dem Anfangsstadium der letztgenannten Krankheit habe sie ja große Ähnlichkeit; doch finden sich hier keine Diarrhoen, welche erst in fortgeschrittenen Fällen zuweilen auftreten. —

O. Heubner giebt zu dieser Abhandlung einen Zusatz, indem er bezüglich des akuten Drüsenfiebers die Beobachtungen P.'s bestätigt. H. sah die Krankheit zuerst 1879 bei einem eigenen Kinde nach Masern, wo dieselbe sich durch Nachschübe 4 Wochen lang hinzog. Seitdem sind zahlreiche ähnliche Fälle beobachtet. H. betont auch, dass leicht schwerere innere Erkrankungen dadurch vorgetäuscht würden. Er hatte bisher die Erkrankung für eine lokale angesehen, hervorgegangen durch eine Infektion von den benachbarten Schleimhäuten aus. Auf die Betheiligung von Leber und Milz, welche P. veranlasst, die Krankheit als den Ausdruck einer allgemeinen Infektion anzusehen, hat H. bisher nicht geachtet. Auch wurden Epidemien nicht beobachtet. Für die Allgemeinerkrankung sprachen indess nach H. einige Fälle, in denen im Anschluss an das »Drüsenfieber« Nephritis resp. ein urticariaähnliches Exanthem auftrat. Scharlach ist dabei ausgeschlossen. Im Gegensatz zu P. beobachtete H. zuweilen Abscedirung. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

6. **Th. Rosenheim.** Über atrophische Processe an der Magenschleimhaut in ihrer Beziehung zum Carcinom und als selbständige Erkrankung. (Aus der 3. med. Klinik und Universitätspoliklinik zu Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 51 u. 52.)

Dem Verf. kam es darauf an, festzustellen, ob und in wie weit die Hemmung und Verminderung der Magensaftabsonderung, wie sie ganzen Gruppen von Magenleiden eigenthümlich ist, bedingt wird durch eine anatomisch nachweisbare Erkrankung des Magens und welcher Art die letztere ist; er wollte also den berechtigten Versuch machen, die Störung der Funktion mit Rücksicht und in ihrer Begründung auf bestimmte pathologisch-anatomische Veränderungen zu analysiren.

Seine Untersuchungen betrafen in erster Reihe diejenige Affektion des Magens, bei der man die genannte Funktionsstörung am ausgesprochensten zu finden pflegt, den Magenkrebs: sie erstrecken sich hier auf 16 Fälle, in denen es sich 13mal um einen Pyloruskrebs, 1mal um einen Cardiakrebs, 2mal um ein Carcinom an der kleinen Curvatur handelt. Die Prüfung der sekretorischen Leistung geschah genau nach Riegel's Vorschrift, so dass durchaus vergleichbare und in qualitativer und zumal in quantitativer Hinsicht völlig

erschöpfende Werthe bezüglich der chemischen Arbeit des Magens gewonnen werden konnten. Die absoluten Säuremengen wurden nach dem — bekanntlich nicht mehr einwurfsfreien — analytischen Verfahren Cahn's und v. Mering's bestimmt (nicht einwurfsfrei, weil es da freie Salzsäure vorzutäuschen vermag, wo in der That keine freie, sondern höchstens gebundene Säure vorhanden ist, Honigmann und v. Noorden; um so beweiskräftiger ist natürlich in Folge dessen der unter 1 zusammengefasste Befund, welcher Riegel's Lehrsatz a fortiori bestätigt). R. fand:

1) in 14 Fällen unter den 16 Magenkrebskranken nie freie Salzsäure auf der Höhe des Verdauung;

2) bei 1 Krebskranken vorübergehend freie Salzsäure in der Menge von 1,4 bis 2,1‰; ein Befund, der sich den Mittheilungen Riegel's, Ewald's, Rosenbach's etc. anschließt;

3) in 1 Falle konstant freie Salzsäure und zwar in abnorm großer Menge; Hyperacidität des Magensaftes (vgl. die Fälle von Jaworski, Cahn u. A.). Im letzteren Falle ist bemerkenswerth, dass die Salzsäure, welche nach dem Cahn-v. Mering'schen Verfahren isolirt wurde und auch die Phloroglucin-Vanillinprobe deutlich hervorrief, sehr häufig weder das Tropäolin noch das Methylviolett veränderte.

4) Pepsin konnte in fast allen Fällen in ausreichender Menge nachgewiesen werden, was ja Riegel, Jaworski, und Glusinski aus ihrer Erfahrung ebenfalls betont haben; nur 3mal sah R. eine außerordentliche Verminderung des Fermentes; keinesfalls scheint die Pepsinmenge aber in gleichem Verhältnis zum Nachlass der Salzsäureproduktion beim Magenkrebs vermindert zu werden.

5) Die Form und die innere Zusammensetzung des Krebses stehen zum Verhalten der Saftsekretion in keinerlei Beziehung.

6) In dem einen Falle, in welchem die Magensaftsekretion nicht vermindert, sondern eher vermehrt war, handelte es sich um einen Cancer atrophicans, der die Schleimhaut durchaus unversehrt gelassen hatte. In dem anderen Falle, wo die Salzsäure nur zeitweise vermisst wurde, war ebenfalls die Mucosa im Wesentlichen intakt. In allen anderen 14 Fällen ergab die anatomische Untersuchung der Magenschleimhaut tiefgreifende Veränderungen der letzteren, welche die Berechtigung geben, mit Ewald und Krukenberg eine Degeneration der sekretorischen Membran für die Hemmung der Sekretion beim Magenkrebs verantwortlich zu machen.

Die in Rede stehende anatomische Läsion breitet sich unregelmäßig über die Schleimhaut aus, entwickelt sich an einer Stelle langsamer, an der anderen schneller und hat im Wesentlichen 3 Erscheinungsformen, welche verschiedene Stadien desselben Processes zu bedeuten scheinen:

a) Veränderungen katarrhalisch-entzündlicher Natur. Die Schleimhaut sieht makroskopisch etwas geschwollen, bisweilen geröthet aus und kann kleine Extravasate enthalten. Auf ihrer Oberfläche starke Schleimschicht mit zahlreichen Zellen und Zelltrümmern. Das Drüsenparenchym ist trübe, mitunter im Beginn fettiger Entartung. Drüsenschläuche verlängert, unregelmäßig geschlängelt, varikös ausgebuchtet.

b) Interstitielle Gastritis. Schleimhaut oft schiefrig verfärbt mit größeren Extravasaten. Muscularis mucosae kleinzellig infiltrirt mit Verdrängung und Verkürzung der Drüsen; zwischen den

Kernmassen oft die von Sachs beschriebenen glänzenden Schollen. Weiterhin Zerrung, Knickung, Abschnürung und somit cystische Entartung der Drüsen.

c) Atrophie. In dem narbenähnlichen zellreichen Gewebe noch Reste von Drüsen und Epithelien. Schleimhaut verdünnt, hart, glatt, grauweiß.

Verf. schließt, dass der geschilderte Process Ursache der chemischen Insufficienz des krebskranken Magens ist, dass mithin genau genommen bei der Magensaftanalyse nicht das Carcinom, sondern die Gastritis diagnosticirt wird. Er hebt aber weiterhin hervor, dass natürlich damit der negative Befund von Salzsäure seinen Werth für die Erkennung des Krebses durchaus nicht verliert, wenn man nur die übrigen klinischen Daten mit berücksichtigt. Er erwähnt Fälle von schweren Magenaffektionen (Ulcus) und erheblicher allgemeiner Kachexie, in denen jener atrophirende Process der Magenschleimhaut nicht bestand. Er bespricht die Differentialdiagnose zwischen Magenkrebs mit sekundärer Schleimhautatrophie und der primären Gastritis atrophicans, die durch den langen Verlauf, das Ausbleiben hochgradiger Kachexie, das Fehlen beträchtlicher Ektasie, eines Tumors und der Magenblutungen sich von ersterer Krankheit unterscheidet und in ihrem äußersten Grade das zuerst von Fenwick, dann von Nothnagel, Quincke u. A. beschriebene klinische Bild verursacht. Rein anatomisch lassen sich die bisher bekannten Fälle von primärer atrophirender Gastritis in 2 Gruppen gliedern:

a) solche von Atrophie der Schleimhaut mit Cirrhose der ganzen Magenwand und koncentrischer Verkleinerung des Organes (Fall Nothnagel's),

b) solche, in denen der Process sich auf die Schleimhaut beschränkt und das Organ weder verengt noch erweitert wird (je ein Fall von Fenwick, Kinnikut, Quincke; zwei neue Fälle des Verf., die er genauer mittheilt).

G. Sticker (Köln).

---

7. Maurel. Note sur le lavage de l'estomac dans le traitement de l'entérocolite chronique.

(Bullet. génér. de thérap. 1888. September 30.)

Von der Erfahrung ausgehend, dass alle chronischen Darmleiden mehr oder weniger intensiv den Magen benachtheiligen, so dass z. B. die schwerere Form einer Enterocolitis nie lange Zeit ohne die Erscheinungen der sog. Dyspepsie oder Gastritis verläuft, und dass, eben so wie ein komplicirendes Leberleiden oder eine bestehende Milzschwellung, so auch jener krankhafte Zustand des Magens die Heilung des primären Darmleidens verzögert oder gar verhindert, empfiehlt M. eine stete Berücksichtigung des Magens bei der Behandlung hartnäckiger Darmkrankheiten. Die absolute Milchdiät genüge allerdings in den meisten Fällen zur Wiederherstellung beider Organe, des Magens und des Darmes; indessen müsse sie, wo

sich das Magenleiden als bedeutend oder gar vorherrschend erweise, von einer regelmäßigen morgendlichen Auswaschung des Magens begleitet sein. Unter 60 Fällen chronischer Enterocolitis habe er diese Kombination beider Maßnahmen allerdings nur 4mal als unumgänglich nothwendig erachtet, müsse aber glauben, dass sie in einer Anzahl der übrigen Fälle oft wenigstens nützlich gewesen wäre. Zum Spülwasser bedient sich M. je nach der Individualität des Falles einer alkalischen Lösung (Vichywasser) oder einer sauren (Acid. citric. 1 : 1000), erstere bei vorherrschender Säurebildung, letztere bei starker Schleimbildung und fauligen Gährungszuständen. Die Milchdiät leitet er gern mit der Darreichung einer Ipecacuanhamaceration ein. Die Behandlung müsse in der obigen Weise so lange fortgesetzt werden, bis die Magenthätigkeit geregelt sei; dann könne die Enterocolitis so behandelt werden, als ob eine Störung in den Magenfunktionen nicht vorhanden gewesen wäre. **G. Sticker** (Köln).

8. C. Sanquirico. Lavaggio dell' organismo negli avvelenamenti.

(Bollet. della sez. dei cult. delle scienze med. di Siena 1888. Fasc. 9 u. 10.)

S. hat über sein neues Verfahren, die Vergiftungen zu behandeln, bereits in mehreren Publikationen, über welche in diesem Centralblatt auch bereits referirt wurde, seine früheren Thierversuche ausführlich mitgetheilt. Das Princip des »Lavaggio (oder der »Lavatura«) dell' organismo« beruht auf der Erzeugung einer energischen Harnabsonderung durch die intravenöse Injektion nicht unbeträchtlicher Mengen einer ca. 8%igen Sodalösung. Von mehreren Giften konnte S. seinen Thieren (Kaninchen und Hunden) bedeutend größere Gaben als die gewöhnlichen letalen beibringen, wenn zugleich die Elimination des Giftes durch die energische Salzdiurese in Folge der Sodainjektion beschleunigt war, wodurch die Thiere gerettet wurden. In dieser neuesten Versuchsreihe hat S. die Möglichkeit erwiesen, dass durch gleichzeitige Kombination der Diurese (»lavaggio«) mit den bei den betreffenden Vergiftungen gebräuchlichen Gegengiften das Leben der Versuchsthiere noch erhalten werden konnte nach Dosen von solcher Stärke, dass weder die eine noch die andere Behandlungsmethode allein angewandt, den Tod hätte abhalten können. Bei Vergiftungen mit Strychnin fand S., dass das Paraldehyd als Antidot dem Chloral vorzuziehen sei. Da bei einem Hund $^2/_{10}$ mg Strychninsulfat pro Kilo bald den Tod herbeiführen, S. aber bei seinem Verfahren noch $^8/_{10}$—1 mg pro Kilo injiciren konnte, ist die Überlegenheit dieser kombinirten Behandlungsweise wohl dargethan. Etwas weniger drastisch fiel das Ergebnis bei der Vergiftung mit Chloral oder Paraldehyd aus, bei welcher S. den Alkohol als Gegengift anwandte (ob als das Zweckmäßigste?). Dasselbe kombinirte Verfahren wandte S. bei Vergiftungen mit Curarin, mit Morphin und mit Nikotin an. Bei den Curarevergiftungen gab S. Strychnin als Gegengift (?), worauf eine beinahe doppelt so große

Curaregabe als die sonst unfehlbar tödliche vertragen wurde. Bei Morphinvergiftungen wählte S. Alkohol als Antidot (?) aber nicht mit besonders günstigem Erfolg; beim Nikotin erwiesen sich diese kombinirten Behandlungsmethoden ganz erfolglos.

Wie S. selbst betont, bietet sein diuretisches Verfahren eigentlich nur bei solchen Vergiftungen Aussicht auf Erfolg, bei denen die Herzthätigkeit und auch die lebenswichtigsten Funktionen des Centralnervensystems nicht von vorn herein in so heftigem Grade lähmend afficirt werden, dass die Antidote nicht mehr zur Entfaltung ihrer Wirkung kommen können und die Harnsekretion in Folge der daniederliegenden Herzthätigkeit ins Stocken geräth. Die Einführung seines kombinirten Verfahrens in die heutige Therapie empfiehlt S. warm und in der That ist sie z. B. bei den Strychninvergiftungsversuchen auch von entschiedenem Vortheil gewesen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

9. **A. Ph. Pauli** (Lübeck). Behandlung der Diphtherie mittels Hydrotherapie nach Erfahrungen im Lübecker Kinderhospital.

(Therapeutische Monatshefte 1888. December.)

Auf Grund eines 180 Fälle von Diphtherie umfassenden Beobachtungsmaterials, von denen 110 mit der sogleich näher zu beschreibenden Methode behandelt wurden und bei welchen die Erfolge im Allgemeinen günstige waren, empfiehlt Verf. die zuerst von Rauchfuß, später von Wachsmuth in die Diphtherietherapie eingeführte hydriatische Behandlungsmethode weiterer Prüfung und Anwendung.

Die Methode bezweckt durch fast ununterbrochen fortgesetzte Schwitzkur die diphtheritischen Membranen zum Schwinden zu bringen und besteht darin, dass die Kinder zunächst vollständig in Prießnitz'sche Umschläge eingepackt werden, darin 3 Stunden liegen bleiben, wonach die Kinder rasch mit kühlem Wasser abgerieben und eine Stunde in eine wollene Decke eingehüllt werden; in der 5. und 6. Stunde werden alsdann Prießnitz'sche Umschläge auf Hals, Brust und Leib gemacht; dieser 6stündige Turnus wird noch 2mal wiederholt, so dass das Kind von Morgens 6 bis Nachts 12 Uhr beständig im Schweiße liegt; daneben erhält das Kind reichlich Getränke, innerlich und zum Gurgeln Kali chloricum, zuweilen auch Inhalationen mit Wasser oder Hydrargyr. peroxyd. Die Kur wird sehr gut ertragen, das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand der Kinder bleiben nach Überstehen der Krankheiten ein vortrefflicher.

Die Mortalität bei dieser Behandlungsmethode betrug 12,75%.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

10. **J. Trost.** Über das Oleum cinereum im Vergleiche zu den Kalomelpräparaten.

(Wiener med. Wochenschrift 1888. No. 41.)

T. berichtet über eine Reihe von Versuchen, die an der Abtheilung für Syphilis des Prof. Dr. Lang in Wien zur Vergleichung verschie-

dener Kalomelpräparate unter einander und mit dem Oleum cinereum angestellt worden sind. Letzteres hat die Zusammensetzung: Hydrarg. depurati, Lanolini āā part. 3, Olei oliv. part. 4 und enthält in 1 ccm 0,39 g metallisches Quecksilber. Das zum Vergleich benutzte Kalomel-Lanolinöl musste, um in 1 ccm die gleiche Menge metallischen Quecksilbers zu enthalten, folgendermaßen zusammengesetzt sein: Rp.: Lanolini 2,7, Ol. oliv. 3,6, Calomelan. vapore par. 3,7. Es wurden an 34 Kranken am Rücken Parallelinjektionen gemacht, d. i. auf der einen Seite Ol. cinereum, auf der anderen Kalomel-Lanolinöl injicirt, und zwar je 0,10—0,15 ccm der beiden Mittel pro Injektion. 88 Injektionspaare fanden gleichzeitig, 14 Injektionspaare nicht gleichzeitig statt. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren die durch das Kalomel verursachten Schmerzen heftiger und viel anhaltender und die Infiltrate größer als die nach Ol. ciner. auftretenden, in 8 Fällen verlegte das Kalomelpräparat die Kanüle, so dass eine stärkere genommen werden musste. Eine zweite Versuchsreihe, gleich der vorigen in einer Tabelle zusammengestellt, galt der Vergleichung des Kalomel-Lanolinöls mit der von Neisser empfohlenen Kalomelölsuspension, von welch letzterer, um damit dasselbe Quantum Hg einzuverleiben, ein 4mal größeres Volum injicirt werden musste als vom Kalomel-Lanolinöl. Die ebenfalls paarweise und gleichzeitig vorgenommenen Einspritzungen fielen sowohl hinsichtlich der Größe der Infiltrate als auch besonders hinsichtlich der folgenden Schmerzen meist zu Ungunsten der Kalomelölsuspension aus. Eine dritte in ähnlicher Weise ausgeführte und tabellarisch zusammengestellte Versuchsreihe bestätigte die Superiorität des Kalomel vapore paratum gegenüber dem Calomel via humida paratum.

Schiff (Wien).

Kasuistische Mittheilungen.

11. Roman (Baracz-Lemberg). Übertragbarkeit der Aktinomykose vom Menschen auf den Menschen.

(Wiener med. Presse 1889. No. 1.)

1) Ein 30jähriger Droschkeneigenthümer mit sehr schlechten Zähnen bekam bald nach einer Zahnextraktion an der dem kranken Zahn entsprechenden Stelle eine stetig wachsende, schmerzhafte Geschwulst, bei deren Incision sich Aktinomyces führender Eiter entleerte. Die mit 5%iger Karbollösung irrigirte Wunde heilte ohne weiteren Eingriff. 5/4 Jahre später war der Mann jedenfalls noch gesund.

2) Ein halbes Jahr nachdem der erste Kranke operirt war, kam dessen Braut ebenfalls mit einem walnussgroßen Abscesse in der Mitte des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers in Behandlung. Die Zähne waren auch hier sehr cariös. Im Inhalte des Abscesses waren Aktinomycespilze vorhanden. Ohne weitere Operation kam auch dieser Fall zur Heilung.

Betreffs des Ansteckungsmodus des zweiten Falles ist Verf. geneigt, eine Übertragung durch Kuss anzunehmen.

Endlich kam noch ein dritter Fall von Aktinomykose zur Beobachtung, bei welchem sich der betreffende Tumor im Unterhautzellgewebe der rechten Backe befand.

Leubuscher (Jena).

12. **Eberth.** Geht der Typhusorganismus auf den Fötus über?
(Fortschritte der Medicin 1889. No. 5.)

Eine 30jährige Frau abortirt in der 3.—4. Woche eines Typhus. Die Frucht (von 6 Monaten) war wohl schon vor 10 Tagen abgestorben. Die 11 Stunden nach der Ausstoßung vorgenommene Untersuchung des noch von seinen Eihäuten umschlossenen Fötus ergiebt Fehlen von pathologischen Veränderungen der Organe, hingegen Anwesenheit des weiterhin sorgfältig identificirten Typhusbacillus in Herz, Lunge und Milz. Auch in der Placenta, welche nicht erkrankt war, speciell keine Blutungen zeigte, fanden sich in den intervillösen Räumen zwischen den Blutkörperchen Typhusbacillen.

Die Kontrolluntersuchung von 8 menschlichen Früchten auf Anwesenheit von Bakterien, welche eine, meist nicht bestimmt angegebene Zeit nach der Ausstoßung erfolgte, fiel in 3 Fällen negativ aus, in 5 Fällen entwickelten sich aus Kokken bestehende Kulturen.

Unter welchen Umständen die Typhusbacillen von der Mutter auf die Frucht übergehen, lässt sich aus den bisher vorliegenden Beobachtungen nicht erkennen.

H. Neumann (Berlin).

13. **Klemperer.** Ein Fall geheilter Magendilatation. (Aus der 1. med. Klinik des Prof. Leyden.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 9.)

Ein mit Tuberculosis pulmonum behafteter Mann hatte durch den Genuss von Salzsäure eine narbige Stenose des Pylorus erworben, welche zu einer beträchtlichen Dilatation des Magens geführt hatte. Die Stenose wurde nach Heinecke-Mikulicz mit ausgezeichnetem Erfolge für die Funktionirung des Magens und die Ernährung des Pat. operirt, und als er mehrere Monate später an seiner Tuberkulose zu Grunde ging, zeigte es sich, dass am Pylorus keine Narbenbildung mehr bestand und dass die Schleimhaut des Magens absolut gesund war. Ist nun die isolirte Anätzung des Pylorus an sich schon ein seltenes Vorkommnis, so bietet der Fall noch ein besonderes Interesse dadurch, dass, während bei Lebzeiten sich stets ein normaler Salzsäuregehalt gezeigt hatte und hieraus auch auf Intaktheit des Drüsenapparates geschlossen werden konnte, die Resorption des Magens sich als eine äußerst geringwerthige erwies. Aus einer Reihe von Versuchen, die Verf. weiterhin nach dieser Richtung angestellt hat, hat er dann auch den Schluss ziehen können, dass die Resorptionsfähigkeit des Magens eine bedeutend geringere ist, als allgemein angenommen wird. Von großer praktischer Bedeutung ist schließlich der Erfolg der Operation dadurch, dass der Magen, der vorher beträchtlich dilatirt gewesen war ($2\frac{1}{2}$ Liter Inhalt), sich nach der Operation durch Herstellung günstiger Funktionsbedingungen auf seine normale Größe zurückgebildet hatte, ein Beweis für die Heilbarkeit der Magendilatationen im Allgemeinen.

Markwald (Gießen).

14. **Bührig.** Über intermittirendes Fieber im Verlaufe von Magencarcinom.
Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Der der Arbeit zu Grunde liegende Fall aus der Klinik von Leyden bietet in verschiedener Hinsicht bemerkenswerthe Anhaltspunkte. Ein 40jähriger Tapezierer war bis auf eine im Jahre 1872 überstandene Nierenentzündung nie krank gewesen. Im Sommer 1887 begannen Klagen über Appetitlosigkeit, Druck und Völle in der Magengegend. Nach Gebrauch von Karlsbader Salz besserten sich die Beschwerden, um im Herbst mit erneuter Heftigkeit aufzutreten. Dazu gesellte sich starke Abmagerung und Mattigkeit. Bei der Aufnahme im November ist das Gesicht wachsartig bleich, Ernährungs- und Kräftezustand sehr gering. Mäßiger Schmerz in der Magengegend, Appetitlosigkeit. Die sonstige Untersuchung des Kranken ergab außer einer geringen Milz- und Lebervergrößerung und Dämpfung über den Supraclaviculargruben nichts Abnormes. Im Mageninhalte war Salzsäure nachweisbar, Verdauungskraft des Magensaftes gut erhalten. Blutunter-

suchung zeigt Zeichen von sekundärer Anämie; alle 4, später alle 3 Tage treten nun regelmäßig Fieberanfälle auf, gegen welche sich Chinin und Antipyrin als wirkungslos erwiesen. Vom 27. December 1887 bis zum Tode am 6. Januar 1888 zeigte das Fieber hektischen Typus. Am 2. und 4. Januar entleerte der Kranke je einen blutigen Stuhl und nun lenkte sich die Aufmerksamkeit wieder auf den Verdauungskanal, da bisher kein deutliches Symptom von einer schweren Affektion desselben, besonders Carcinom, vorhanden gewesen war — und verschiedene Deutungen der Erkrankung als Malaria, rekurrirendes Lymphsarkom, Tuberkulose, Endocarditis wohl zulässig waren. Die Untersuchung des Mageninhaltes am 2. Januar ergab saure Reaktion (Milchsäure), Fehlen der Salzsäure, Herabsetzung der verdauenden Kraft des Mageninhaltes, zahlreiche Pilze, zerfallene rothe Blutelemente. Die Diagnose wurde auf occultes Magencarcinom gestellt und die Obduktion erhärtete die Vermuthung. An der hinteren Magenwand fand sich ein 3 cm großes Loch mit weißlichen, harten Rändern, welches in die Milzgegend führte. Die Milz selbst war in ihrem gesammten centralen Theil hämorrhagisch zerfallen. Außerdem Carcinom in der Leber, Retroperitonealdrüsen und ein Abscess im rechten Schläfenlappen des Gehirns. Das Fieber war in diesem Falle wahrscheinlich entweder durch den Magenkrebs selbst (Hampeln), oder durch die eitrige Entzündung der Milz bedingt. **G. Meyer** (Berlin).

15. **Ortmann.** Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstenose. (Aus der chirurgischen Klinik in Königsberg i/Pr.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 9.)

In einem Falle von stenosirendem Ulcus ventriculi, welches ein Carcinom vorgetäuscht hatte, wurde die Pylorusresektion, in einem anderen von Narbenstenose nach Schwefelsäuregenuss die Pylorusplastik mit gutem Erfolge ausgeführt. Beim ersten Falle weist Verf darauf hin, dass, abgesehen von der hochgradigen Verengerung, welche die Operation nothwendig erheischte, die narbig-scirrhöse Verdickung der Magenwand es wahrscheinlich machte, dass bereits eine beginnende Malignität bestehe, obwohl mikroskopisch nichts für Carcinom Charakteristisches nachweisbar war; er empfiehlt desshalb für solche diagnostisch zweifelhaften Fälle stets die typische Pylorusresektion. **Markwald** (Gießen).

16. **Stintzing.** Über eine seltene Anomalie der Pulmonalklappen. (Aus der med. Klinik des Herrn Geh. Rath v. Ziemssen.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXIV. Hft. 2 u. 3.)

Eine 64jährige, mit Emphysem behaftete Frau litt in letzterer Zeit, nachdem sie kurz vorher eine Pneumonie überstanden hatte, oft an Athemnoth, Husten, Seitenstechen und häufigen Anfällen von Herzklopfen und Schwindel, die sich täglich mehrere Male wiederholten. Es bestand starke Verbreiterung des Spitzenstoßes, Verbreiterung der Herzdämpfung nach links und rechts. An der Herzspitze war ein diastolisches Geräusch hörbar, das nach oben hin lauter wurde und am lautesten am linken Sternalrande in der Höhe des 3. und 4. Rippenknorpels zu hören war; rechts im 2. Intercostalraum wurde es schwächer, im 2. Intercostalraum links war es stärker als rechts. In der Carotis ein systolischer Ton und diastolisches Geräusch. Die Sektion ergab hochgradige Erweiterung des rechten Ventrikels bei fast normalem Verhalten des linken. Pulmonalis stark erweitert. Die vordere und laterale Seminularklappe normal. Zwischen beiden bleibt ein dreieckiges Lumen offen, in welchem sich eine quer verlaufende, nach unten konvexe Leiste findet, unter der eine zweite verläuft, die sich zu einer etwa 3 mm großen zarten Membran erheben lässt. Die Innenfläche ist glatt und mit Endothel bekleidet.

Hinsichtlich der Entstehung der Anomalie, ob angeboren oder erworben, ist Verf. der Ansicht, dass Endocarditis und Atherom, so wie jedes mechanisch wirkende Moment auszuschließen ist, so dass die rudimentäre Klappenanlage nicht als erworben, sondern als angeboren betrachtet werden muss. Dass nun trotzdem,

gegenüber der sonstigen Erfahrung über angeborene Pulmonalfehler, die Lebensdauer der Pat. eine so hohe gewesen ist, sucht er durch den Umstand zu erklären, dass die Insufficienz der Pulmonalklappen zunächst keine sehr bedeutende gewesen ist und darum auch keine bedeutenden Cirkulationsstörungen hervorgerufen hat, sondern erst im späteren Leben mit der Erweiterung des Gefäßlumens (durch das Emphysem, die überstandene Pneumonie) einen nennenswerthen Grad erreichte. Für eine angeborene Anomalie spricht aber noch ganz besonders die ganze Art der Klappenanlage, die als eine Duplikatur des Endocards sich darstellte.

Zum Schluss weist Verf. auf die Schwierigkeit der Erkennung des Leidens durch die vorhanden gewesenen Symptome hin. **Markwald** (Gießen).

17. **Robinson.** Creosote as a remedy in phthisis pulmonalis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. Januar.)

R. wendet das Kreosot schon seit dem Jahre 1878, mit genauerer Würdigung seines therapeutischen Werthes jedoch erst seit 1885 an. Lieber als in Kapseln giebt er es (0,2—0,4 g pro die) theelöffelweise in Mixtur (Buchenholzkreosot 0,4, Glycerin 30,0, Whiskey 60,0) und kombinirt hiermit gewöhnlich antiseptische Inhalationen (meist von Kreosot in Alkohol). R. hält das Kreosot für sehr werthvoll, in so fern es den Husten, den Auswurf und vielfach auch die Dyspnoe günstig beeinflusse; es vermehre oft den Appetit, hebe die Ernährung und verringere die Nachtschweiße. Es begünstigt nicht das Auftreten von Lungenblutungen und stört nur in zu großen Dosen die Verdauung. Auch ohne ein Specificum zu sein, trägt seine längere zweckentsprechende Darreichung zur Besserung der physikalischen Symptome im Frühstadium der Phthisis bei. **H. Neumann** (Berlin).

18. **Decker.** Unangenehme Zufälle bei parenchymatösen Injektionen und Probepunktionen. (Aus der medicischen Klinik in Würzburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 50.)

Bei einem 20jährigen kräftigen Mädchen, das vorher 6 parenchymatöse Injektionen von Quecksilber sehr gut vertragen hatte, trat nach einer erneuten Injektion von 0,02 Hydrarg. carbol. oxydat. in die Nates Dyspnoe, starke Cyanose, ödematöse Anschwellung der Augenlider, Kleinheit des Pulses und Erbrechen ein. Dieselben Shockerscheinungen beobachtete D. dann bei einer anderen Pat. nach einer Probepunktion in der Lebergegend und ist der Ansicht, dass in beiden Fällen eine gemeinsame Ursache auf das Zutagetreten der Erscheinungen eingewirkt hat, und nicht etwa im ersten Falle das direkte Eindringen von Flüssigkeit in die Vene die Veranlassung gewesen ist. Die Erscheinungen führt Verf. in beiden Fällen auf den Einfluss des Nervensystems zurück, auf eine durch traumatische Erschütterung bewirkte Reflexlähmung der Gefäßnerven, die zu bedeutender Plethora des Unterleibes, Anämie des Hirns, Unregelmäßigkeit des Herzens und Stauung in den Venen führt. **Markwald** (Gießen).

19. **Rothziegel.** Über einen Fall von meningitischer halbseitiger Körperlähmung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 6.)

R. hat einen der bisher selten beschriebenen Fälle beobachtet, wo im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis eine totale halbseitige Lähmung auftrat, deren Eintritt mit dem einer vollständigen Bewusstlosigkeit zusammenfiel. Die Stellung der Diagnose war in dem vorliegenden Falle, da Nackensteifigkeit, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und Einziehung des Abdomens wenn auch nur in geringem Grade ausgeprägt waren, nicht allzu schwer; bezüglich der anatomischen Grundlage der halbseitigen Lähmung ließ die Sektion vollständig in Stich, so dass R. sich der Ansicht Wernicke's anschließt, welcher bei der tuberkulösen Meningitis feinere herdartige Veränderungen des Gehirns annimmt, die als solche wegen der diffusen Verbreitung makroskopisch nicht wahrgenommen werden können.

M. Cohn (Berlin).

20. Affleck (Edinburg). **Bemerkungen über zwei Fälle von symmetrischer Gangrän.**

(Vortrag in der Jahresversammlung der British Medical Association in Glasgow.) (Wiener med. Blätter 1889. No. 2 u. 3. p. 20 u. 39.)

Die beiden beschriebenen Fälle boten das vollständig typische Bild der Raynaud'schen Erkrankung dar, doch hat jeder Fall von ihnen Eigenthümlichkeiten, welche zu beachten sind. In dem ersten Falle war die Ausdehnung der Gangrän eine ungewöhnlich große; während selten mehr als die Zehen und Fingerspitzen betroffen sind, höchstens einmal der Verlust von einem oder zwei Fingern resp. Zehen beobachtet wird, wurde hier die Amputation des linken Fußes nothwendig; zeitweise zeigten beide Ohrläppchen eine tief dunkle, ja schwarze Farbe, welche nach einigen Tagen verschwand. In dem 2. Falle, bei welchem sich die Erkrankung an den Händen, zumal der rechten Hand, zeigte, konnte rechts weder am Arm noch an der Hand irgend eine Pulsation gefunden werden, die deutlich schwächere Entwicklung des rechten Armes ließ auf eine ungenügende Blutversorgung schließen. A. führt in den daran schließenden Erörterungen aus, dass die vasomotorischen Störungen zur Erklärung der symmetrischen Gangrän nicht ausreichen, sondern das Bestehen einer trophischen Alteration der Gewebe als Vorbedingung verlangen; eine solche herabgesetzte Vitalität der Gewebe kann erworben oder angeboren sein; bei dem ersten Falle, den A. beschreibt, spricht die schlecht genährte, zu Ekzemen geneigte Haut, das Kältegefühl in den Füßen lange vor Ausbruch der Erkrankung für mangelhafte Blutzufuhr; in dem 2. Falle wird die vermuthete angeborene Anomalie der rechten Brachialis angeführt. In beiden Fällen giebt feuchte Kälte die Gelegenheitsursache zum Ausbruche der vasomotorischen Störungen ab, beide Momente zusammen führen zur lokalen Asphyxie und Gangrän.

Besonders anzuführen ist, dass die anatomische Untersuchung des amputirten Fußes die Blutgefäße vollkommen gesund zeigte, während eine deutliche Neuritis mit consecutiven Degenerationsvorgängen in den Nervenbündeln erhellte. Dieser Befund und die Thatsache, dass heftige Neuralgien die Gangrän einleiten, deuten darauf hin, dass der peripheren Neuritis ein wichtiger Antheil an dem Krankheitsprocesse zukommt.

Prior (Bonn).

21. L. Bruns. Multiple Hirnnervenläsion nach Basisfraktur. Ein Beitrag zur Frage des Verlaufs der Geschmacksnerven.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XX. Hft. 2.)

Bei einem 27 Jahre alten Manne wird 11 Wochen nach einer mit nebensächlichen Weichtheilverletzungen komplicirten Schädelbasisfraktur folgender Befund erhoben: totale linksseitige Trigeminuslähmung durch Verletzung des Nervenstammes an der Basis cranii, totale rechtsseitige Facialislähmung durch Verletzung des Nervenstammes im Fallopi'schen Kanale; keine Spur einer Glossopharyngeusaffektion weder links noch rechts; dabei vollständig erhaltener Geschmack links; totale Hemiageusie rechts; weiterhin links totale Abducenslähmung, rechts leichte Parese dieses Nerven, links Trochlearislähmung; keinerlei Anomalien der Sensibilität, Motilität und Reflexvorgänge an Rumpf und Extremitäten.

In diesem Falle könnte der Geschmacksverlust auf der vorderen Zungenhälfte rechts durch die isolirte periphere Facialislähmung nach der Schiff-Erb'schen Theorie von dem Verlauf der Geschmacksfasern erklärt werden, während für den Geschmacksverlust auf der hinteren Zungenhälfte bei dem Intaktbleiben des Glossopharnygeus jede Erklärung fehlen müsste, so lange man an jener Theorie festhält. Die Gowers'sche Theorie würde die Ageusie auf der rechten Seite sehr gut und ungezwungen erklären, wenn sie nicht an der völligen Integrität des Geschmackes links bei kompleter Trigeminuslähmung wieder scheiterte. In einem Falle von Dana entbehrte ebenfalls eine totale central bedingte Trigeminuslähmung jeglicher Störung des Geschmackes. Die Lussana-Vulpian'sche Ansicht von dem Wege der Geschmacksfasern im Nervus intermedius-facialis würde auf die Beobachtung des Verf. passen, wenn man sie dahin erweiterte, dass die zunächst sicher im Glossopharyngeus verlaufenden Geschmacksfasern für die hintere Zungenhälfte

durch den Plexus tympanicus in das Ganglion geniculi und von da in den Nervus intermedius übergehen; es müsste im Falle des Verf. an dieser Stelle die Läsion lokalisirt sein.

Zum wenigsten glaubt B. aus seiner Beobachtung unzweifelhaft schließen zu dürfen, dass wir über den Verlauf der Geschmacksnervenfasern keineswegs so sicher unterrichtet sind, wie man nach den Ansichten der meisten deutschen Hand- und Lehrbücher, die sich der Theorie Schiff's angeschlossen haben, glauben sollte, wenn man nicht, was ja nicht unmöglich wäre, obgleich für den Diagnostiker sehr unangenehm, die Annahme häufiger individueller Verschiedenheiten zulassen wolle. **G. Sticker** (Köln).

22. **H. Preisz.** Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XX. Hft. 2.)

P. theilt zunächst den klinischen Verlauf des Falles mit: 23jährige Näherin, seit dem 15. Jahre erkrankt; Rückwärtsbeugung des Oberkörpers und Zunahme der Waden; nach 3 Jahren werden die Extremitäten betroffen. Gesichts- und Augenmuskeln normal. Keine Sensibilitätsstörungen. Herabgesetzte Erregbarkeit gegen beide Stromesarten. Entartungsreaktion Anfangs nachgewiesen, später nicht mehr vorhanden. Makroskopisch waren bereits die gröbsten Veränderungen der Muskeln wahrnehmbar. Die mikroskopische Untersuchung ergab nachstehenden Befund: In allen betroffenen Muskeln fand sich einfache Atrophie der Muskelfasern bei Erhaltung der Querstreifung. Als letzte Reste derartiger Fasern sind lange, dünne spindelförmige pigmenthaltige Zellen zu betrachten. Oft bemerkt man ungleichmäßigen Schwund der Muskelfasern; dadurch entstehen varicöse Gebilde, in denen sich Muskelkerne anhäufen, bis zu 20 an der Zahl. Daneben findet sich degenerativer Zerfall von Muskelfasern, der den gänzlichen Zerfall einleitet; innerhalb des Sarkolemmschlauches treten Zellen und Zellkerne in großer Zahl auf; ein Theil der letzteren ähnelt denen der Wanderzellen. Verf. glaubt, dass diese Zellen stark gewucherte Muskelkörperchen sind. Trotz der Ähnlichkeit mit der wachsartigen Degeneration Zenker's unterscheidet sich die vorliegende von jener durch die starke Wucherung der Muskelzellen, den Mangel der scholligen Zerklüftung und eines Zerfalles der degenerirten Substanz. Die von Martini beschriebene seröse oder röhrenförmige Atrophie fand sich selten, etwas häufiger körnige, der parenchymatösen ähnliche Degeneration der Muskelfasern mit Untergang der Querstreifung. Im Anfangsstadium der Atrophie betrug der Durchmesser der Fasern kaum mehr als 60 μ, in einigen bereits stark atrophischen 80—117 μ.

Die Untersuchung des Bindegewebes der Muskeln bot das gewöhnliche Bild, kleinzellige Infiltration, fibröse Verdickung des inneren Perimysiums ohne Kernreichthum etc. Die kleineren intramuskulären Nervenbündel, gleich wie die größeren peripheren Nervenstämme und die vorderen Wurzeln entsprachen in ihren Veränderungen, die innerhalb desselben Stammes sehr verschieden waren, dem Typus der chronischen interstitiellen Neuritis.

Das Rückenmark, an dem makroskopisch bereits die gröbsten Veränderungen sichtbar waren, wurde theils nach der Weigert'schen Methode, theils mit Alaunwasser-Hämatoxylin und Eosin gefärbt. Die stärksten Veränderungen fanden sich im mittleren Dorsal- und oberen Lendenmark. Es fanden sich dort mehr oder minder ausgebreitete Blutungen, die je nach ihrem Umfange einen kleineren oder größeren Theil der Substanz zerstört haben. Fast ausschließlich ist die graue Substanz, seltener und in geringerem Umfange ist die weiße Substanz betroffen. Die Ganglienzellen und die Nervenfasern sind zum Theil geschwunden, zum Theil stark verändert, die Gliazellen scheinbar vermehrt, die Gefäßwände stark infiltrirt; an Stelle der zerstörten weißen Substanz fanden sich verdickte zerfallende Achsencylinder, Markscheiden und Markkugeln etc. In Bezug auf die Art und den Umfang der Degeneration der einzelnen Partien der Medulla eben so wie der Muskeln muss auf das Original verwiesen werden. Verf. hält die Veränderungen im Rückenmarke und in den vorderen Wurzeln für degenerativer Natur; das Hervortreten der Gliazellen in ersterem, so wie das Auftreten von Infiltrationszellen

in letzteren hält er für eine Folge der Atrophie der Ganglienzellen resp. der Nervenfasern; die zahlreichen Blutungen im Rückenmark erklärt P. als Folge der Atrophie der Nervenelemente und des dadurch verringerten Widerstandes der die Gefäße umgebenden Gewebe.

P. hält bei dieser Atrophie die Veränderungen des Nervensystems für das Wesentliche, somit den Fall für neuropathisch; er glaubt, dass die Ansicht Friedreich's, der in der Pseudohypertrophie eine durch eine gesteigerte Intensität der Krankheitsanlage und durch gewisse Besonderheiten des kindlichen Alters modificirte Form der spinalen Muskelatrophie sieht, für seinen Fall zutrifft.

Eine Tafel mit 4 nach Photogrammen gezeichneten Abbildungen ist der Arbeit beigegeben. **A. Neisser** (Berlin).

23. P. D. Koch (Kopenhagen). Ex Tilfaelde af Facialis-Lamhed med forhöjet electrisk Irritabilitet af Nerve og Muskler.

(Hospit. Tidende 1889. No. 8.)

Eine 21jährige Präparandin für das Lehrerinnenexamen kommt 3—4 Wochen nach dem Auftreten einer Parese des linken N. facialis zur Behandlung. Die Gesichtsmuskeln waren sämmtlich, aber nur in mäßigem Grade betroffen. Erwähnt wird noch eine geringgradige Ptosis, auf die aber, weil beiderseitig und angeblich von jeher bestehend, kein Gewicht gelegt wird. Keine Störungen der Hautsensibilität, des Geschmacks und des Gehörorgans auf der kranken Seite. Die Zunge wird gerade herausgestreckt; keine Parese des Gaumensegels.

Die elektrische Untersuchung ergab erhöhte Erregbarkeit auf der kranken Seite für beide Stromesarten und zwar sowohl bei direkter wie indirekter Reizung. Diese erhöhte Erregbarkeit erhielt sich während der ganzen Zeit der Beobachtung (Januar bis Oktober 1888). Dabei war der Leitungswiderstand korrespondirender Stellen beider Gesichtshälften gleich. Eine qualitative Veränderung der Zuckungsformel bestand nicht, die Zuckungen waren blitzschnell.

Vier Monate nach Beginn der Parese wurden die Zuckungen auf der kranken Seite, und zwar ganz allmählich deutlicher, träge und nach der Stromesöffnung langsam abklingend. Dies zeigte sich bei direkter wie bei indirekter Reizung sowohl mit dem faradischen wie mit dem galvanischen Strom.

Die Motilität besserte sich Anfangs. Nach ca. 5 Wochen, vom Beginn der Parese gerechnet, trat wieder etwas Verschlimmerung ein, die dann ziemlich konstant blieb. Gegen Ende der Beobachtung wurde etwas Abweichen der herausgestreckten Zunge nach links, des Zäpfchens etwas nach rechts notirt. Ferner trat jetzt deutliche Abstumpfung des Geschmacks auf der linken vorderen Zungenseite hervor. Auch auf reflektorischem Wege konnten keine kräftigeren Bewegungen der gelähmten Muskeln hervorgerufen werden. Eine Atrophie der kranken Gesichtsmuskeln war nicht nachzuweisen.

Das Auffallendste an dem referirten Fall liegt in dem späten Auftreten der Zuckungsträgheit, welche auch die einzige qualitative Veränderung blieb, während gleichzeitig die von Anfang an beobachtete Erhöhung der Erregbarkeit bei direkter wie indirekter Reizung für beide Stromesarten fortbestand.

(Da auch die Funktionsstörungen sowohl an Intensität wie besonders an Extensität — vgl. die späte Betheiligung der Chorda tympani etc. — zunahmen, so ist wohl eine allmählich sich weiter ausbreitende Neuritis des betroffenen N. facialis anzunehmen. Ref.) **Dehn** (Hamburg).

24. L. Frey (Wieden). Heilung einer schweren Trigeminusneuralgie durch hypnotische Suggestion.

(Wiener med. Presse 1888. No. 50 u. 51.)

Ein typischer Tic douloureux bei einem 28jährigen hereditär nicht belasteten Manne, der allen möglichen Behandlungsmethoden widerstanden, wurde durch Suggestion geheilt. **Leubuscher** (Jena).

25. **A. Tschamer** (Graz). Über örtliche Rötheln.
(Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. Bd. XXIX. p. 372.)

Verf. beobachtete vom März bis Juli 1888 bei 30 Personen ein kontagiöses Exanthem, dessen Diagnose Anfangs Schwierigkeiten bereitete. Erst der 7. Fall nahm deutlich Aussehen und Verlauf gewöhnlicher Rötheln an. Alle späteren Fälle hatten wieder die Eigenthümlichkeit der ersten Fälle. Allgemeinerscheinungen gleich Null. Das Exanthem unterschied sich nach Auftreten, Lokalisation und Dauer wesentlich von den gewöhnlichen Rubeolen. Es entstand zuerst im Gesicht symmetrisch an den Wangen mit (1½ cm im Durchmesser) großen, intensiv rosenrothen Flecken, welche sich sehr heiß anfühlten und über der Haut etwas erhaben waren. Sie breiteten sich peripher aus bis Thalergröße, waren konfluirend, und in zwei Drittel der Fälle scharf begrenzt. In einzelnen Fällen auch fleckige Färbung an Ohren, Nase, Glabella. Spätestens 12 Stunden nach Erscheinen dieser Wangenflecke zeigten sich Flecke an der Streckseite der Unterarme und Unterschenkel, Anfangs sehr klein, blassröthlich, später intensiv; weitere folgten an Oberarmen, Oberschenkel, Handrücken, Waden, Innenseite der Unterarme bis in die Hohlhand, zuletzt an hinterer und innerer Seite der Oberschenkel und an den Nates. Diese ganze Ausbreitung erfolgte in 3 Tagen. Der ganze Rumpf blieb völlig frei (in 27 Fällen). Das Exanthem bestand stets 8—9 Tage (gegen 2—4 Tage bei gewöhnlichen Rötheln).

Kohts (Straßburg i/E.).

Bücher-Anzeigen.

26. **R. v. Jaksch.** Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. Zweite vermehrte Auflage. Mit 125 zum Theil farbigen Holzschnitten.
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1889. 438 S.

Die von uns bei Besprechung der ersten Auflage hervorgehobenen Vorzüge dieses Werkes haben durch die nach Ablauf von kaum 2 Jahren bereits nöthig gewordene Neuauflage desselben eine glänzende und allgemeine Anerkennung gefunden. Eintheilung und Anordnung des Stoffes sind zwar dieselben geblieben, wie früher; aber indem der Verf. sich bemüht hat, allen hinzugekommenen Bereicherungen der Diagnostik Rechnung zu tragen und den neueren praktisch wichtigen Methoden der Untersuchung die ihnen gebührende Berücksichtigung zu Theil werden ließ, hier und da auch vorhandene Lücken durch Nachträge ausgefüllt hat, ist der Umfang des Buches um mehr als 80 Seiten gewachsen. Dessgleichen hat die Zahl der Abbildungen einen entsprechenden Zuwachs von 108 auf 125 erfahren. Das Werk ist in dieser neuen Form noch mehr als früher dazu angethan, dem praktischen Arzt sowohl wie dem Studirenden als sicherer Führer bei der Untersuchung am Krankenbett zu dienen und sei daher aufs beste empfohlen. Die Ausstattung lässt, wie die der ersten Auflage, nichts zu wünschen übrig.

A. Fraenkel (Berlin).

27. **V. v. Gyurkovechky.** Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz.
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1889.

Auf 178 Seiten behandelt der Autor nach Voranschickung der Anatomie der männlichen Genitalien und Physiologie des Geschlechtsaktes die Ätiologie der Impotenz, ihre verschiedenen Formen mit ihrer Diagnose, Prognose und Behandlung. Der Hauptsache nach besteht das Buch aus recht geschickt verarbeiteten und gegliederten Referaten mit relativ spärlicher und leider wenig kontrollirbarer eigener Zuthat. Wer für ein Thema wie das vorliegende den Weizen von der Spreu zu sondern versteht, wird nicht umhin können, aus ersterem entschiedene Vorzüge des Elaborats anzuerkennen. Dieselben gipfeln nach

des Ref. Urtheil in einer offenen kräftigen Sprache, in der Ausprägung ehrlicher, überzeugungstreuer Ansichten und in der Bekanntgabe einiger selbständiger bezw. auf eigener Erfahrung basirender Korrekturen verbreiteter Irrthümer; letzteres gilt u. A. von den Befunden zahlreicher Spermatozoen im Ejaculat unter der Voraussetzung selbst häufigster und sehr schnell wiederholter Cohabitationen, so wie den fast durchweg gesunden, auf objektive Verwerthung einer nicht kleinen Zahl eigener Fälle deutenden therapeutischen Ansichten. Im Übrigen entbehrt die Abhandlung eingehender klinischer Exegesen eigener Fälle, welche z. B. der unlängst in deutscher Übersetzung erschienenen Hammond'schen Schrift über »sexuelle Impotenz« bezw. ihrer vor 2 Jahren ausgegebenen (dem Verf. unbekannten) 2. Originalauflage einen originellen Stempel aufgedrückt. Vor dieser hat die vorliegende Abhandlung den Vorzugswerth einer korrekteren aber keineswegs vollkommenen Gliederung des Materials (angeborene und erworbene Fehler der Sexualorgane, »consecutive« Impotenz, ererbte Anlage zur Impotenz, sexuelle Neurasthenie, Berufs- und senile Impotenz).

Eigenthümlich nehmen sich für den erfahrenen Sachverständigen die Behauptungen aus, dass fast alle Impotente sich namenlos unglücklich fühlen, von Niemanden bemitleidet, höchstens verhöhnt werden und »nur höchst selten« Hilfe finden, dass ihr spermatozoenhaltiges Ejaculat kaum je einem Menschen das Leben gegeben u. dgl. m. Ref. — dessen einschlägige Publikationen dem Autor bis auf eine, nämlich die kleinste und nebensächlichste, völlig entgangen zu sein scheinen — verfügt über zahlreiche eigene eindeutige Erfahrungen, welche die Widerlegung derartiger Angaben genügend sichern.

Dass G. noch im Jahre 1889 das Prostatasekret als schleimähnliche Flüssigkeit anspricht, weder von der Rolle, die es als — längst erwiesener — Komponent des Ejaculats spielt, noch von der Bedeutung der — aus der Prostata stammenden — »Spermakrystalle« eine Ahnung hat, ist um so mehr zu rügen, als die Wiedergabe der absoluten Irrthümer beweist, dass die diesbezüglichen, fast ein Decennium zurückdatirenden Entdeckungen spurlos an dem Verf. vorübergegangen sind.

Nichtsdestoweniger sei das Buch allen Kollegen, welche es ernst mit der Haltung des Arztes zu den folgenschweren Leiden der gesunkenen Potenz nehmen, angelegentlich empfohlen; sein guter Kern bietet des Anregenden und Lehrreichen genug.

Fürbringer (Berlin).

---

62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg (17.—23. September 1889).

Im Auftrage der Geschäftsführer der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte haben wir die Vorbereitungen für die Sitzungen der

Abtheilung für innere Medicin (Abtheilung 14)

übernommen und beehren uns hiermit die Herren Fachgenossen zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ganz ergebenst einzuladen.

Gleichzeitig bitten wir Vorträge und Demonstrationen frühzeitig bei uns anmelden zu wollen.

Die Geschäftsführer beabsichtigen Mitte Juli allgemeine Einladungen zu versenden und wäre es wünschenswerth, schon in diesen Einladungen eine Übersicht der Abtheilungssitzungen, wenigstens theilweise, veröffentlichen zu können.

Professor Dr. Erb	***Dr. J. Hoffmann***
Einführender Vorsitzender	*Schriftführer*
Heidelberg, Seegarten 2.	*Bergheimerstraße 14.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen des VIII. Kongresses für innere Medicin.

Bericht über die Verhandlungen

des

VIII. Kongresses für innere Medicin,

abgehalten vom 15.—18. April 1889 zu Wiesbaden.

Beilage zum Centralblatt für klin. Medicin 1889. No. 28.

Inhalt.

Leichtenstern (Köln). Der Ileus und seine Behandlung. (Referat.)

Die zu Referenten über das vorliegende Thema bestimmten Herren, L. und Curschmann, waren dahin übereingekommen, dass der Erstere die Pathologie, der Letztere die Therapie des Ileus zum Gegenstand der Besprechung machen solle. Da eine vollständige

Erledigung seines umfassenden Themas dem ersten Ref. nicht durchführbar erscheint, so beschränkt er sich auf eine kurze Erläuterung des sogenannten Ileus paralyticus, der Aufgaben der Diagnose im Allgemeinen und einiger wichtiger Symptome des Darmverschlusses.

Er schickt der Besprechung dieses eigentlichen Themas eine Erklärung des Begriffes Ileus voraus, indem er zunächst in kurzer, historischer Übersicht die verschiedene Auffassung der älteren Ärzte erläutert. Er selbst will unter Ileus nicht das einzelne Symptom des Kotherbrechens, das überdies in den schwersten Fällen von Darmocclusion nicht selten vermisst wird, sondern das gesammte schwere Bild des Darmverschlusses verstanden wissen.

Die Unterbrechung des Kothlaufes ist primär bedingt entweder durch ein mechanisches Hindernis oder durch Mangel an Triebkraft: demgemäß unterscheidet man einen mechanischen und dynamischen Ileus, ferner in den Fällen, wo ein nur partiell verschließendes Hindernis durch den Ausfall an Triebkraft komplet gemacht wird, einen mechanisch-dynamischen Ileus. Der dynamische Ileus führt, da ein dauernder Stillstand des Darmrohres ohne ein mechanisches Hindernis nur durch eine Lähmung zu Stande kommen kann, auch den Namen: paralytischer Ileus. Obgleich der letztere in Bezug auf Häufigkeit und Mannigfaltigkeit nur eine untergeordnete Rolle spielt, stellt ihn Ref. doch an die Spitze, weil das Studium desselben die große ätiologische und pathogenetische Bedeutung lehrt, welche der Darminsufficienz und Paralyse auch in einer Reihe von Fällen mechanischer Occlusion zukommt.

Die häufigste Ursache des dynamischen Ileus ist die akute oder chronische, diffuse oder umschriebene Peritonitis verschiedenster Herkunft, besonders häufig die Perityphlitis. Es gehört dazu der Ileus nach Traumen des Abdomens, nach Laparo- und Ovariotomien, ferner die Fälle, wo nach Reposition einer eingeklemmten äußeren Hernie, oder nachdem die Laparotomie ein den Darm einschnürendes Hindernis beseitigt, oder nachdem die Enterostomie dem Kothlaufe oberhalb einer Stenose einen neuen Weg eröffnet hat, dennoch die Symptome des Ileus fortbestehen. Zu erwähnen ist hier ferner der Ileus, der durch Kothobturation des Colon in Folge primärer Insufficienz und Paralyse desselben herbeigeführt wird, so wie jene seltenen Fälle, wo bei Rückenmarksparaplegien durch Lähmung der Bauchpresse mangelhafte Defäkation, durch diese zunehmende Kothstauung im Colon, Hyperextension und Lähmung desselben hervorgerufen wurde, und daraus Ileus entstand.

All den genannten Zuständen gemeinsame pathogenetische Grundlage ist die Lähmung einer Darmstrecke, in welcher sich die Inhaltsmassen stauen und der vis a tergo unüberwindliche Hindernisse entgegensetzen, Hindernisse, die oft noch durch unzweckmäßige Lageveränderungen der paretischen Darmschlingen, bei denen auch sekundäre Knickungen entstehen können, gesteigert werden.

Noch ein anderer Vorgang kann dem bei akuter diffuser Peritonitis

mitunter beobachteten Kotherbrechen zu Grunde liegen: Intensiver allgemeiner Gas-Meteorismus wirkt ähnlich einer Stenose im obersten Dünndarm besonders dann, wenn der Darm paralysirt und durch den Meteorismus fixirt ist. Das Kotherbrechen erklärt sich dann aus der Regurgitation der in den obersten Dünndarmstrecken in Folge der »Gassperre« zurückgehaltenen und durch Fäulnis fäkulent riechend gewordenen Contenta.

Ref. erörtert sodann in eingehender Weise, welche wichtige Rolle Insufficienz und Paralyse des Darmes bei Erzeugung der definitiven Kothstase oberhalb von Stenosen des Darmrohres spielt, er zeigt ferner wie in einer Reihe akuter Incarcerationen und Strangulationen das dynamische Moment der Erlahmung der Triebkraft ganz wesentlich mitspielt, indem einmal ein unvollständiger mechanischer Verschluss durch Paralyse der eingeklemmten Schlinge bis zum Stillstand des Kothlaufes gesteigert wird, dann die Darminsufficienz als ersten Vorgang die Strangulation nach sich zieht, und erwähnt schließlich noch, dass in einigen Fällen lebhaft gesteigerte tumultuarische Darmbewegungen den anatomischen Vorgang des Verschlusses herbeiführen.

Ref. kommt zu folgenden praktisch wichtigen Schlussfolgerungen:

1) Eine Stenose (im weitesten Sinne des Wortes) kann längere Zeit völlig latent verlaufen und plötzlich in Folge mechanischer Obturation (Ingesta, Fremdkörper, Gallensteine etc.) oder durch Hinzutritt einer Achsendrehung oder Incarceration Ileus herbeiführen.

2) Der akute Eintritt von Ileus bei einem in seinen Darmfunktionen bis dahin vollkommen normalen Individuum beweist nicht, dass ein in seinen Permeabilitätsverhältnissen vollkommen normaler Darm eingeklemmt oder verstopft wurde.

3) Da in manchen Fällen der Darm mit der einklemmenden Ursache (Band, Divertikel, Wurmfortsatz, Bruchpforte) bereits im Voraus längere Zeit adhärent und durch chronische Peritonitis daselbst verengt ist, gehen nicht selten auch dem akut einsetzenden Ileus durch Strangulation und Incarceration Erscheinungen des gestörten Kothlaufes (Stenose-Symptome) voraus.

4) Das typische Symptomenbild der chronischen Stenose entwickelt sich, wenn die treibende Kraft oberhalb des Hindernisses wenigstens zeitweise nicht mehr genügt, um den normalen Kothlauf durch die Verengerung aufrecht zu erhalten, sei es in Folge Zunahme der Stenose oder Insufficienz des Darmmuskels.

5) Die akute Incarceration oder Strangulation einer Darmschlinge (»ileptische Stenose«) führt in Folge der schweren Cirkulationsstörung, welche die an ihren Fußpunkten mitsammt dem Mesenterium eingeklemmte Schlinge erleidet, Paralyse derselben herbei, wodurch, auch wenn das mechanische Moment kein vollständig verschließendes ist, dennoch totaler Stillstand des Kothlaufes hervorgerufen wird.

Ref. geht nunmehr zu den Aufgaben der Diagnose bei Ileus über. Als erste Aufgabe bezeichnet er die Unterscheidung des Ileus durch Darmverschluss von ähnlichen Krankheitsbildern. Es kommen

Erledigung seines umfassenden [illegible] Perityphlitis, akute Enteri-
führbar erscheint, so besch[illegible] schwere Koliken, das Krank-
des sogenannten Ile[illegible]omens, die Entzündung eines im
Allgemeinen und [illegible] Hodens, die Einklemmung eines Di-
Er schickt [illegible] eines entzündeten Netzstranges, die
Erklärung de[illegible] eines seiner Adnexa, die akute Stiel-
historischer [illegible] oder anderen gestielten Bauchtumors, auch
erläutert. [illegible] Anderes.
Kotherbre[illegible] ist die Bestimmung des Sitzes des Verschlusses.
occlusion [illegible]verschluss charakterisirt: Eingezogenes Abdomen
Bild de[illegible] Darmverschluss, gleichmäßige glatte Auftreibung
Di[illegible] Meso- oder Epigastriums oder Meteorismus dieser drei
durch [illegible] Zurückstehen der dem Colonrahmen entsprechenden,
dem[illegible] besonders bei Stenosen deutliches Sicht- und Fühlbarsein
Ile[illegible] sich steifender und lebhaft bewegender Darmschlingen.
H[illegible] Ferner: akuter Beginn unter schweren Shockerscheinungen, akuter
e[illegible] Verlauf, stürmisches und frühzeitiges kopiöses Erbrechen und Koth-
erbrechen, reichlicher Indicangehalt des Harns.

Den Dickdarmverschluss charakterisiren: Der auf den Colonrahmen beschränkte initiale Meteorismus; das Auftreten langer voluminöser koth- und gasgefüllter Darmschlingen, die sich in continuo durch die ganze Bauchhöhle verfolgen lassen; diese können oft besonders bei Stenosen als Ganzes hin- und herbewegt werden und kontrahiren sich nur selten und langsam, um eben so langsam wieder zu erschlaffen im Gegensatz zu der Lebhaftigkeit der Bewegungen des Dünndarmes. Oft ist beim Dickdarmverschluss die stärkste Auftreibung weit entfernt vom Sitz der Stenose. Beginn und Verlauf sind weniger akut, das Erbrechen erfolgt später und weniger häufig. Kotherbrechen ist seltener.

Die dritte Aufgabe ist die Diagnose der anatomischen Ursache des Darmverschlusses. Ref. hält die Diagnose der meisten Strangulationen und Incarcerationen so wie der Achsendrehungen des Dünndarmes meist nicht für durchführbar, für leicht erklärt er die Diagnose der gewöhnlichen eingeklemmten äußeren Hernie, der Verschließungen des Rectums und der Invaginationen. Für zugänglich der Diagnose erachtet er ferner Achsendrehungen des S Romanum oder anderer großer Colonschlingen, vielleicht auch die Hernia duodenojejunalis und die Hernia diaphragmatica. Diagnostische Anhaltspunkte sind ferner gegeben bei bereits früher bestandenen Verengerungen, bei Abdominaltumoren, Gallensteinkoliken, Exsudaten, wenn ein Fremdkörper verschluckt oder per Rectum eingeführt wurde, wenn Operationen, Verwundungen durchgemacht wurden etc.

Das Krankheitsbild des Ileus ist ein sehr mannigfaltiges. Die Erscheinungen lassen sich in zwei Gruppen theilen: »Occlusionssymptome«, bedingt durch die Unterbrechung des Kothlaufes, und »reflektorische Symptome«, hervorgerufen durch mechanische oder lokal entzündliche Reizung des Peritoneums.

Zu den Occlusionssymptomen gehört die totale Stuhlverhaltung, Auftreibung des Abdomens, ferner das Erbrechen und Koth-·hen, das sich mechanisch durch Überfüllung der Darmschlingen ..alb des Hindernisses einleitet und nach Henle ein »Überlaufen .es Darminhaltes nach oben« darstellt. Sekundäre Occlusionssymptome sind die Phenolurie und Indicanurie, ferner gewisse Symptome, die auf Autointoxikation bezogen werden.

Ref. bezeichnet als Kotherbrechen das Erbrechen fäkulent riechender Massen und stellt den Satz auf, dass zum Zustandekommen des Kotherbrechens die Regurgitation der in den oberen Dünndarmabschnitten stagnirenden und durch Fäulnis fäkulent riechend gewordenen Inhaltsmassen genügt. Das Kotherbrechen hat keine diagnostische Bedeutung hinsichtlich des Sitzes des Verschlusses. Nur das seltene Erbrechen von Faeces im engeren Sinne weist auf Verschluss im untersten Ileum bez. im Colon hin.

Ein Aufsteigen von Contentis aus den untersten Dünndarmpartien nach oben, eine Mischung des ganzen oberhalb der Verschlussstelle stagnirenden Darminhaltes ist unter gewissen Bedingungen nicht zu leugnen. Auch dieser Transport aus der Tiefe vollzieht sich nach einfachen mechanischen Gesetzen und genügen hierzu lebhafte Darmbewegungen und die Bauchpresse beim Erbrechen.

Die Ileocoecalklappe kann auch beim Lebenden insufficient werden, ein Vorkommnis, das für das Zustandekommen von »Kotherbrechen« in gewöhnlichem Sinne gänzlich irrelevant ist.

In Bezug auf die bei Ileus beobachtete vermehrte Ausscheidung von Phenol und Indican durch den Harn kommt Ref. zu folgenden Schlüssen: Verschluss des Ileums führt regelmäßig zur Indicanurie. Dieselbe fehlt bei einfachem Verschluss des Dickdarmes. Bei schweren Incarcerationserscheinungen kommt Indicanurie zu Stande, gleichgültig ob die Incarceration den Dünn- oder Dickdarm betrifft. Fehlt aber in einem solchen Falle die Indicanurie, so spricht dies noch entschiedener für Dickdarmverschluss. Bei Komplikation des Darmverschlusses mit Peritonitis kann nur aus dem Fehlen der Indicanurie eventuell auf den Sitz des Verschlusses im Dickdarm geschlossen werden. Bei sehr hochliegendem Verschluss im Dünndarm fehlt die Indicanurie.

Ref. geht dann zu einer kurzen Besprechung des Meteorismus über. Die prognostische Bedeutung desselben liegt in der durch den Hochstand des Zwerchfells herbeigeführten mechanischen Behinderung der Respiration und Cirkulation, wodurch die vorhandene Gefahr der Herz- und Athmungsinsufficienz noch erheblich gesteigert wird.

Das außerordentlich verschiedene Verhalten des Meteorismus giebt, wie schon oben erwähnt, oft werthvolle Fingerzeige für die Diagnose. Für das Zustandekommen des Meteorismus ist es nothwendig, dass die Resorption der Darmgase hinter der Bildung derselben quantitativ zurückbleibt. Die Resorption der unter normalen Verhältnissen sowohl wie bei übermäßiger Produktion erzeugten Gase hängt in erster Linie

von der Integrität der Blutcirkulation des Darmes ab. Somit ist der Meteorismus beim Darmverschluss ein wichtiger Index für die Beurtheilung des Standes der Cirkulation in der Bauchhöhle.

Ref. betont aber ausdrücklich, dass eine solche vermehrte Gasbildung durchaus nicht immer stattfindet, so dass incarcerirte Darmschlingen unter Umständen auch leer und kontrahirt sein können.

In Bezug auf die Frage, ob die bei Darmverschluss durch Eiweißfäulnis entstehenden Produkte allgemein toxische Wirkungen entfalten, nimmt Ref., so weit es sich um die Deutung der akut einsetzenden reflektorischen Erscheinungen des Einklemmungsshockes handelt, eine ablehnende Stellung ein. Dagegen giebt er zu, dass auftretende Delirien, Koma, Tetanus, ferner febrile Erscheinungen, besonders aber gewisse typhoide Symptome, endlich bisweilen beobachtete Nephritis, Parotitis, Erysipele, Phlegmonen als Folgen einer Autointoxikation aufgefasst werden können.

Zu den Symptomen der zweiten Gruppe gehört der Schmerz, ferner eine Reihe von reflektorischen Erscheinungen: Depression der Herzthätigkeit und Cirkulation und ihre Folgen, Collaps, Hypothermie, Ischaemie der Haut, Facies abdominalis, Kleinheit des Pulses, Tachykardie, Anurie und Albuminurie. Ferner gehören hierher Dyspnoe, Angstgefühle, kalte Schweiße, Singultus. Für manche dieser nervösen Symptome kommt auch die Frage des »urämischen« Charakters in Betracht.

Reichliche Schweißabsonderung, Erbrechen, aufgehobene Resorption im Darmkanal führen zur Wasserverarmung des Blutes, worauf dann die Sistirung der Speichelsekretion, die Trockenheit der Mundhöhle, der quälende Durst zurückzuführen ist.

Zum Schlusse gedenkt Ref. noch der »Transsudationshypothese«, der zufolge es bei akuten Incarcerationen und Strangulationen zu einer massenhaften Transsudation von Flüssigkeit ins Darmlumen kommt, und weist darauf hin, dass diese Hypersekretion wohl die Ursache mancher Erscheinungen ist, die die innere Einklemmung mit der Cholera gemeinsam hat. **M. Cohn** (Berlin).

H. Curschmann (Leipzig). (Korreferat.)

Der Ref., welcher die Behandlung des Ileus zum Gegenstande der Besprechung macht, zeigt zunächst, wie in älteren Zeiten phantastische Vorstellungen über das Wesen der Erkrankung zu oft ganz absurden Maßregeln führten und wie allmählich mit den Fortschritten des anatomischen und physiologischen Erkennens eine zielbewusste Therapie Platz gegriffen habe, die durch die Fortschritte der modernen Chirurgie einen besonders starken Impuls erhalten hat.

Ref. will sich auf die Ileusfälle beschränken, welche akut entstandenen Verschließungen des Darmes oder wenigstens einem akuten Hinzutreten des Ileus erregenden Moments zu chronischer Erkrankung zuzuschreiben sind. Hierzu rechnet er:

1) Volvulus und Intussusception,

2) innere Einklemmung des Darmes durch abnorme Bänder und Stränge oder Durchtreten desselben durch abnorme oder physiologisch präformirte Öffnungen,

3) Verlegungen des Darmes durch Fremdkörper und Tumoren,

4) Kompressionen, Verwachsungen und Strikturen mit plötzlich hinzutretenden Knickungen, Verlagerungen oder partiellen Lähmungen des Darmrohres.

Ref. stellt zunächst fest, dass alle diese anatomischen Formen, die zur Ileuserkrankung führen, einer Heilung namentlich in früheren Stadien ohne operativen Eingriff fähig sind, und führt zum Belege mehrere instruktive selbstbeobachtete Fälle an. Eine statistische Berechnung von 105 Fällen (C., Goltdammer, Bülau) ergiebt einen Heilungsprocentsatz von $35^1/_4$. Ref. ist mit diesem Resultate keineswegs zufrieden und giebt gern zu, dass es unsere Aufgabe ist, mit allen Mitteln eine Verbesserung dieses Procentsatzes der Heilungen anzustreben. Dadurch gelangt er zu der Frage, ob die Frühlaparotomie in allen Fällen schon heute im Stande ist, die gewünschte Garantie zu bieten, einer Frage, der gegenüber er, wie wohl heute noch die meisten inneren Kliniker und Chirurgen, den Standpunkt vertritt, dass für die Laparotomie heute noch große, für die nächste Zeit wohl schwer überwindliche Einschränkungen bestehen.

Worin bestehen nun diese Einschränkungen? Ref. schildert in anschaulichster Weise die Schwierigkeit der Diagnose für den Arzt, er zeigt, wie der Ileuskranke meist in einem Zustand ins Spital gebracht wird, der die Chancen der Operation sehr gering erscheinen lässt, da solche kollabirte Pat. der Rückwirkung der Operation auf das Nervensystem, namentlich auf die Innervation des Herzens, leicht erliegen und das längere Manipuliren an den Därmen den schon vorhandenen Shock steigert. Dazu kommt, dass der Operateur dunkle Fälle technisch noch nicht genügend zu beherrschen im Stande ist, dass das zur Erleichterung des Auffindens des Hindernisses oft geübte Auspacken der Därme häufig beim Wiedereinpacken zu den größten Schwierigkeiten führt, so dass Ref. vorläufig gemeinsam mit Schede folgende Art des operativen Eingriffs für gerathen erachtet: »Kleinere oder mittelgroße Incision der Bauchdecken in der Linea alba oder einer dem vermutheten Sitz des Hindernisses möglichst nahen Stelle, kurzes schonendes Suchen, ohne Darmauspacken, nach der afficirten Stelle und, wenn dies erfolglos, sofortiges Anlegen eines künstlichen Afters durch Annähung der zunächst erreichbaren ausgedehnten Schlinge in der Bauchwand.«

Bei solchen Fällen aber, wo früh eine klare Diagnose gestellt werden kann, die allerdings an Zahl noch sehr gering sind, ist auch C. für eine frühe Operation, wie er auch überzeugt ist, dass in Zukunft steigend der Schwerpunkt der Behandlung in der Operation liegen wird.

So ist bei vollster Anerkennung der chirurgischen Thätigkeit

beim Ileus für die große Mehrzahl der Fälle der inneren Behandlung eine wichtige Thätigkeit vorbehalten: bei nicht operirbaren Fällen kann die Heilung entschieden gefördert werden, solche, die operirt werden sollen, können vorher allgemein und lokal beeinflusst werden, dass die Thätigkeit des Chirurgen dadurch wesentlich erleichtert wird.

Besonders wichtig ist die sorgfältige Beobachtung und Behandlung des Kranken während der Anfangsstadien des Leidens. Sind die ersten Zeichen des Ileus festgestellt, so sind die Kranken vom ersten Augenblick an auf absolute Diät zu setzen, da durch Nahrungszufuhr dem oberhalb des Hindernisses gelegenen Darmabschnitt nur eine reine Belastung zu Theil wird. Gegen den Durst reicht man kleine Eisstücken mit Kognak befeuchtet; in einzelnen Fällen hat Ref. von subkutanen Kochsalzinfusionen günstige Erfolge gesehen.

Nächst diesen Maßnahmen sind besonders wichtig:

1) Therapeutische Bestrebungen zur Verminderung der, wenigstens in den ersten Stadien, oberhalb des Hindernisses mächtig gesteigerten, zuweilen krampfhaft ungeordneten Peristaltik.

2) Maßregeln zur Minderung der Überfüllung und Spannung des Darmrohres.

3) Für bestimmte Fälle gewisse mechanische Maßregeln, welche eine direkte Hebung des Verschlusses oder doch eine Besserung der bereits näher dargelegten Missverhältnisse bezwecken.

Endlich kann man vorsichtig versuchen auf die unterhalb des Hindernisses gelegenen Darmabschnitte Peristaltik erregend zu wirken, um so vielleicht von hier aus eine Lösung des Verschlusses zu erreichen.

Übergehend zur Besprechung des früher sehr beliebten Gebrauches von Abführmitteln stellt Ref. den bestimmten Satz auf: Sobald nur begründeter Verdacht der Darmincarceration besteht, absolut weg mit allen Abführmitteln!, und zeigt, wie solche stets durch Verstärkung der Peristaltik nur schädlich wirken können.

Gerade das Gegentheil, eine fast ausnahmslos günstige Wirkung, lässt sich vom Opium konstatiren, das Ref. stets bei Beginn der Ileusbehandlung angewandt wissen will. Ref. schildert sodann die Art der Wirkung des Opiums, welche oft eine fast zauberhafte ist, und räth, das Mittel 1—2stündlich in dreisteren Dosen im Ganzen 0,5—1,0 Opium purum in 24 Stunden zu verabfolgen. Bei beginnender Darmlähmung ist vorsichtigere Medikation oder Unterbrechung zu rathen.

Dem Opium zunächst in palliativer und kurativer Beziehung stellt Ref. die von Kussmaul eingeführte Sondenentleerung und Spülung des Magens. Er schildert das Zustandekommen der überaus günstigen Wirkung, welche er nicht nur bei Verschlüssen des Colon, sondern auch bei hoch oben im Dünndarm gelegenen Hindernissen eintreten sah.

Der Magenausspülung reiht Ref. die neuerdings von ihm wieder mehrfach mit günstigem Erfolge ausgeführte Punktion des Darmes an,

die er vermittels einer feinen Hohlnadel vom Kaliber derjenigen einer Pravaz'schen Spritze vornimmt. Der Mechanismus der Wirkung dieser Methode ist dem der Magenauspumpung an die Seite zu stellen.

Die Methode ist mit großer Vorsicht und Auswahl anzuwenden; im Stadium der Darmlähmung oder bei schon bestehender peritonitischer Reizung soll man von dem Verfahren abstehen. In drei Fällen hat C. mit dem Verfahren direkte Heilung erzielt, Nachtheile hat er niemals beobachtet.

Von den früher vielfach gebrauchten Eingießungen in den Darm ist Ref. völlig zurückgekommen, da er nicht glaubt, dass dieselben im Stande sind, direkt durch hydrostatischen Druck das Hindernis zu lösen. Der neuerdings von Ziemssen, Runeberg u. A. geübten Methode der Lufteinblasung ins Rectum giebt Ref. entschieden den Vorzug. Er hat in einigen Fällen, wo der Sitz der Occlusion im Dickdarm saß, durch dieselbe rasche Heilung erzielt; die Methode ist leicht ausführbar und völlig ungefährlich. M. Cohn (Berlin).

Diskussion: Jürgensen (Tübingen): J. ist der Ansicht, dass die Herzschwäche, die nach der Operation so häufig eintritt, wesentlich auf den Meteorismus zurückzuführen ist, eine Ansicht, die auf experimentellen Untersuchungen basirt.

Die Darmpunktion hält J. mit dem Ref. für ein sehr geeignetes Verfahren, dagegen hält er die Lufteinblasungen in den Darm für nicht so ungefährlich wie C. Zur Begründung schildert er einen Fall, wo einmal die Auftreibung ohne Beschwerden ertragen wurde, beim zweiten Male aber plötzlich ein allgemeines Emphysem auftrat, dem der Kranke in wenigen Sekunden erlag. Es fand sich, dass nicht das Darmrohr perforirt hatte, sondern als hindernde Ursache ein Carcinom des Dickdarmes bestand. Der starke Druck hatte den Darm aus einander gepresst und Luft in das retroperitoneale Bindegewebe treten lassen; so war ein doppelseitiger Pneumothorax entstanden, der die Ursache des Todes bildete. —

Rosenbach (Breslau): R. beschreibt die von ihm gefundene burgunderrothe Reaktion, welche darin besteht, dass zu dem Harn unter beständigem Sieden langsam Salpetersäure zugetröpfelt wird. Charakteristisch ist außer der tiefrothen Färbung der Flüssigkeit das Auftreten eines blauvioletten Schaumes.

Die Reaktion ist ein Zeichen tiefgehender Stoffwechselveränderungen. Sie kann aber als Charakteristicum der Darminsufficienz betrachtet werden, weil die mangelnde Thätigkeit des Darmkanals vor Allem die Bedingungen schafft, welche zu jenen hohen Graden der Störung in der Körperökonomie führen.

Die Reaktion ist von der Indigoreaktion wohl zu trennen: sie ist stets ein Zeichen sehr schwerer Erkrankung und deshalb als ein werthvolles prognostisches Merkmal zu betrachten.

Die Darmpunktion hält auch R. für eines der werthvollsten

therapeutischen Mittel, das, mit der Pravaz'schen Spritze ausgeführt, völlig ungefährlich ist. Er räth, die Punktion in der Nabellinie mehr nach dem rechten Hypogastrium hin vorzunehmen; dieselbe kann häufig wiederholt werden. —

Nothnagel (Wien): N. hat bei Ileus niemals Erbrechen geformten Kothes gesehen, glaubt auch nicht, dass dies überhaupt vorkommt. Anscheinend geformter Koth erwies sich durchweg als aus Milch bestehend und außen mit Galle gefärbt. N. zeigt, dass, da die Bildung des geformten Kothes fast ausnahmslos erst unterhalb der Bauhinschen Klappe geschieht, ein Erbrechen dieser Massen ausgeschlossen erscheint. N. glaubt, dass das Kotherbrechen nicht durch Antiperistaltik, sondern nach der Theorie der Regurgitation zu Stande kommt.

Das Zurückgehen beginnender Darmverschließungen hält N. für häufiger als wir gewöhnlich annehmen. Invagination ist bei Organismen mit langem Darmkanal ungemein gewöhnlich. Ob der Beginn einer solchen Darmverschließung Anlass zu einer Störung wird oder nicht, hängt davon ab, in welchem Zustande bei einer schnell eintretenden Verschließung sich der Darm gerade befindet. Ist er im Ruhezustande, so wird nichts erfolgen; setzt eine Darmverschließung in einer stark bewegten Partie ein, so werden sehr rasch Erscheinungen eintreten, und das sind die Fälle, deren ungünstiger Verlauf dann beobachtet wird. —

v. Ziemssen (München): v. Z. hält die Gasauftreibungen nicht für so gefahrvoll, wie es nach den Schilderungen Jürgensen's scheinen könnte: er hat bei einer großen Reihe von Fällen bei Beobachtung der nöthigen Vorsicht niemals irgend eine Fatalität gesehen. Diagnostisch ist das Mittel bei Strikturen im Dickdarm verwerthbar, während sich für den Dünndarm nur die Schlussfähigkeit der Bauhinschen Klappe feststellen lässt.

Bei Kommunikationen zwischen Magen und Colon transversum kann es auch leicht zu Kothbrechen und dadurch zu einem diagnostischen Irrthum kommen. Hierbei fehlt aber erstens der Meteorismus vollkommen, zweitens wird der Coloninhalt nicht in das Quercolon hinaufgehen, sondern direkt in den Magen. Spült man von oben den Magen aus, so bringt man durch den Heber wenig wieder heraus, der Kranke muss vielmehr bald auf den Stuhl und entleert das ziemlich reine Wasser.

Medikamente wie Opium und Morphium räth v. Z. nur vom Mastdarm aus oder subkutan zu verabreichen, da eine Resorption absolut nicht stattfindet.

Auch v. Z. rühmt die Punktion, räth aber, in einer Sitzung mehrfach, vielleicht 8—10 mal, einzustechen. Man erzielt nicht nur große Erleichterung des Pat., sondern auch einen großen Einfluss auf den Gesammtprocess.

Die Magenausspülung betrachtet v. Z. als eine werthvolle Errungenschaft. Er hält dieselbe auch für die Vornahme eines operativen

Eingriffs für nothwendig und erwähnt zum Beweise einen Fall, wo bei Operation eines eingeklemmten Nabelbruches die Kranke, die nicht ausgespült war, erbrach, das Erbrochene aspirirte und auf der Stelle starb. —

v. Zöge-Manteuffel (Dorpat): Redner berührt zunächst die Unzulänglichkeit der Statistik bei der Ileuserkrankung, da nicht gleichartige Fälle verglichen, sondern ganz ungleichartige zusammengeworfen werden. v. Z.-M. meint, dass die pathologischen Veränderungen am Darm gegenüber den Ursachen, welche diese Veränderungen bedingen, allzu sehr vernachlässigt werden. Das klassische Bild des Ileus kommt eben so wie bei der Brucheinklemmung nur in den Fällen zu Stande, wo die Cirkulationsverhältnisse einer Darmschlinge und ihres Mesenterialabschnittes durch äußeren Druck so weit alterirt sind, dass sich folgenschwere Ernährungsstörungen — Meteorismus, Entzündung, Gangrän etc. — anschließen. Z. will alle diejenigen Fälle zusammenfassen, bei denen durch irgend welche Faktoren eine Cirkulationsstörung im Bereiche eines größeren Darmabschnittes gesetzt wird.

Abgeschnürte Darmschlingen blähen sich gewaltig auf, büßen ihre Peristaltik ein und nehmen eine bestimmte unveränderliche Lage in der Bauchhöhle ein. Mit dem Nachweis einer solchen Schlinge ist die Diagnose einer Strangulation sichergestellt und der Sitz des Hindernisses mehr oder weniger deutlich charakterisirt.

v. Z.-M. schildert dann noch in eingehender und anschaulicher Weise die Methode der Untersuchung, wie sie nach dem Vorgange von v. Wahl (Dorpat) geübt wird, und mit der mehrfach günstige Erfolge erzielt worden sind. —

Fraentzel (Berlin): F., der schon als Assistent von Traube die Anlegung des Anus praeternaturalis gerathen hat, glaubt, dass diese jetzt in vielen Fällen durch die Laparotomie und direkte Beseitigung des Hindernisses zu ersetzen ist. Die Frage nach dem Moment, in welchem operirt werden soll, beantwortet F. mit einem: non liquet. Von der Gaspunktion hat F. in vielen Fällen mit Vortheil Gebrauch gemacht; in einem Falle aber war eine große Menge Gas in die Bauchhöhle getreten, und die Autopsie ergab, dass von der Punktionsstelle aus der Darm eingerissen war. —

Fürbringer verweist auf die Wichtigkeit der Kenntnis der spontan bezw. ohne Operation heilenden Fälle von Ileus. Er selbst zählt deren auf der inneren Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain gleich Curschmann ein gutes Dritttheil aller Aufnahmen, darunter bereits aufgegebene Fälle und solche, bei denen die Operation zwar geplant, aber durch Zufall unterblieben bezw. durch die Wendung zum Besseren unnöthig geworden war. Laparotomie hätte hier die Resultate verschlechtert. Die weit ungefährlichere Enterotomie aber hat keinen Sinn bei hoch oben im Darm sitzenden Hindernissen (Obturation durch Gallensteine, innere Incarceration des Anfangstheils des Ileums). Hier muss häufig der Chirurg angerufen werden und

laparotomiren, kann den sonst verlorenen Fall durch einen Scherenschnitt retten. Dass eine genauere Diagnose in der nächsten Zeit die Resultate viel günstiger gestalten würde, glaubt F. kaum, da ihm jedes Dutzend neuer Fälle von Ileus neben einiger Aufklärung neue Widersprüche und Räthsel gebracht. Selbst die bestdiagnosticirten Fälle verlaufen öfters letal, während die ganz dunklen durch Enterotomie zur Heilung gebracht werden können.

Die innere Behandlung anlangend bleibt das Opium Hauptmittel. Es erweist sich oft genug als bestes Tonicum und Abführmittel. Die Gaspunktion des Darmes hat F. bisweilen die besten unmittelbaren Dienste geleistet, doch ist sie nicht absolut harmlos, in so fern in seltenen Fällen durch sie Peritonitis angeregt wird und selbst Darmrisse erfolgen. Ungefährlicher sind die Gasauftreibungen des Dickdarmes (welche F. mit Magensonde und dem Munde vorzunehmen räth), doch treten bisweilen auch hier Schmerzen, Shockwirkungen auf, und kann die eingeblasene Luft mitunter kaum wieder entfernt werden.

Auch F. hat gleich Nothnagel den »geformten Koth« bei Miserere und selbst gewöhnlichem galligen Erbrechen als Milchcoagula erkannt, welche die zersetzten Contenta fäkalähnlich verändern. — Orig.-Ref.

Hoffmann (Leipzig): Bei der Gaspunktion hat H. trotz aller Vorsicht Fäkalmassen aus dem Darm austreten sehen, hält daher diese für nicht ganz harmlos. Bezüglich der Operation glaubt Redner, dass, sobald die Gefahrlosigkeit der Eröffnung der Bauchhöhle sichergestellt ist, dieselbe entschieden mit Erfolg in größerem Umfange in Anwendung gezogen werden wird. —

Schede (Hamburg): Redner macht zunächst darauf aufmerksam, wie durch gedeihliches Zusammenarbeiten des inneren Arztes und des Chirurgen die Erfolge bei Ileusbehandlung gebessert werden können. Er zeigt, dass die nöthigen operativen Eingriffe — bei einigermaßen gutem Kräftezustand vorgenommen — an und für sich den Kranken wenig gefährden, wie aber die Kräfteabnahme oft schon nach wenigen Tagen bei den Ileuskranken eine so enorme ist, dass dieselben auch eine kurzdauernde Operation nicht mehr zu ertragen im Stande sind.

Dass man dem Kranken bei dem konstatirten Heilungssatz von $^1/_3$ die Chance einer Heilung ohne Operation gewähren soll, befürwortet auch S.; eine allgemein gültige Regel über den Zeitpunkt, wo operirt werden muss, aufzustellen, hält auch er für unmöglich; jedenfalls ist der Moment, wo eine größere Frequenz und ein Matterwerden des Pulses anzeigen, dass die Widerstandskraft des Organismus nachzulassen beginnt, der äußerste Termin.

Mit Curschmann meint auch S., dass man sich bei genau gestellter Diagnose, wenn der Sitz des Hindernisses fast sicher bekannt ist, viel leichter zur Operation entschließen wird. Dann aber hält S. die allerakutesten Fälle, die, wo es sich um eine wirkliche Einklem-

mung handelt, auch beim Bestehen schwerer Collapserscheinungen, die hier meist sehr früh eintreten, für geeignet zur Operation.

Übergehend zur Besprechung der Technik der Operation bei nicht bekanntem Sitz des Verschlusses unterzieht S. die beiden jetzt hauptsächlich befolgten Methoden, die von Kümmel-Heiberg und Mikulicz empfohlene, einer kritischen Würdigung und giebt letzterer als der schonenderen, wenn auch weniger übersichtlichen, den Vorzug. Schließlich erwähnt er noch das von Rehn geübte Verfahren der Auspumpung des Magens nach Beseitigung der Einklemmung, das bisweilen gute Resultate liefert, und fordert energisch die Entleerung des Mageninhaltes vor Beginn der Operation zur Herabsetzung des intraabdominellen Druckes und Vermeidung der Gefahr der Aspiration.

In den Fällen, wo der Zustand des Pat. eine eingreifende, langdauernde Operation nicht mehr gerathen erscheinen lässt, will S. den Anus praeternaturalis anlegen, der oberhalb des Hindernisses und, um für die Ernährung ein möglichst langes Stück Darm zu erhalten, so peripher wie möglich seinen Platz finden soll. Die Anlegung des künstlichen Afters hat keineswegs in allen Fällen einen nur palliativen Erfolg, sondern reicht gar nicht so selten schon an und für sich aus, um das Hindernis für die Kothbewegung zu beseitigen und auf die Dauer wieder normale Verhältnisse herzustellen.

Wird durch Anlegung des künstlichen Afters der natürliche Weg nicht von selbst wieder frei, so wird die Radikaloperation später unter unendlich viel günstigeren Bedingungen vorgenommen als zur Zeit des bestehenden Ileus. —

Flothmann (Ems): F. empfiehlt für Darmverschluss des unteren Darmrohres (Colon descendens, S Romanum, Rectum) die Simon'sche Methode der Einführung der ganzen Hand in das Rectum zur Erzielung einer direkten Therapie, für Ileusfälle, die durch versteckte, eingeklemmte, nicht diagnosticirbare Cruralhernien bedingt sind, die sofortige Freilegung des Annulus cruralis. —

Bäumler (Freiburg): Redner tritt in warmer Weise für die Opiumbehandlung ein, mit der er vorzügliche Erfolge erreicht hat, und fügt Einiges über die Art derselben zu. Am besten ist subkutane Anwendung von Morphium oder Opium per rectum. Opium per os wird nicht resorbirt.

Die akutesten Fälle hält auch B. für eine Operation für sehr geeignet. Auch er wünscht eine Vervollkommnung der Diagnose und bespricht noch speciell die Unterscheidung von Ileus und Peritonitis.

Abführmittel zu verabfolgen hält B. für durchaus verwerflich: ein nicht geringer Procentsatz von denen, welche dem Ileus erliegen, geht daran zu Grunde, dass die Kranken mit Abführmitteln behandelt worden sind. —

Leube (Würzburg): L. stellt die beiden Fragen auf: Wann darf und wann muss operirt werden? Die erste beantwortet er dahin: Wenn zunächst Opium in großen Dosen gegeben, und dann eventuell

ein Abführmittel — deren Darreichung L. nicht absolut verwerfen will — vergeblich angewandt wurde, um das Darmhindernis zu überwinden, wenn ferner auch mit einer Ausspülung des Magens — von welcher L. nicht so gute Erfolge wie Andere gesehen hat — nichts erreicht wurde — dann darf man operiren, selbst wenn der Puls ganz gut ist.

Die Antwort auf die zweite Frage lautet: Sobald der Puls anfängt, auch nur die leiseste Abweichung nach unten zu zeigen, so wie der Aortendruck etwas nachlässt, so muss sofort operirt werden. —

Mosler (Greifswald): M. hat von der Magenausspülung nicht allein palliative, sondern auch direkt kurative Erfolge gesehen. Auch die Stellung der Diagnose ist nach vorgenommener Ausspülung oft erleichtert; die Schwierigkeiten beim Zurückschieben der Därme werden verringert. —

K. Roser (Hanau): Redner hat bei drei Fällen von Darmeinklemmungen hinter dem Meckel'schen Divertikel, die am 2. resp. 3. und 8. Tage operirt wurden, wegen schon bestehender Peritonitis stets Misserfolge gehabt und räth desshalb, auch bei diesen Ileusfällen wo möglich vor dem zweiten Tage zu operiren. —

Baumgärtner (Baden): B. spricht sich für frühzeitige Operation auch bei nicht sicher gestellter Diagnose aus und schildert zur Begründung einen günstig verlaufenen Fall. —

Nothnagel (Wien): N. beklagt die leider noch bestehende Unsicherheit bei der Behandlung und die Unkenntnis der Wirkungsweise der angewandten Mittel. Im Gegensatz zu Leube verurtheilt er aufs schärfste die Anwendung von Abführmitteln; über die Art der Wirkung des Opiums, das er sehr lobt, vermag er nichts zu sagen; für die Therapie hofft er durch Aufstellung von guten Statistiken Anhaltspunkte zu finden. —

Leichtenstern (Köln): Redner hat mit Befriedigung die Diskussion verfolgt und sieht sich nur veranlasst, im Schlusswort seine Ansicht über den Mechanismus des Kotherbrechens noch genauer zu definiren. Er steht auf dem Boden der van Swieten'schen (richtiger Haguenot'schen) Theorie, wonach der Vorgang ein einfach mechanischer ist, von Henle mit Recht als ein »Überlaufen des Darminhaltes nach oben« bezeichnet.

Bezüglich der Bildung und Wiederlösung von Invaginationen nimmt L. mit Nothnagel ein recht häufiges Vorkommen derselben an. —

Curschmann (Leipzig): C. erwiedert den Rednern, welche üble Erfahrungen bei der Gaspunktion und der Lufteinblasung gemacht haben, dass solche bei richtiger Auswahl der Fälle, d. h. bei Vermeidung solcher Fälle, wo man eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Darmwand vermuthen muss, und bei der nöthigen Vorsicht kaum jemals eintreten werden. Das Zurückbleiben eingepumpter Luft ist durch Einschaltung einer gegabelten Glasröhre zwischen Darmrohr und Gebläse leicht zu vermeiden.

Schließlich giebt Redner seiner Befriedigung darüber Ausdruck, dass sich nunmehr Chirurgen und innere Kliniker zusammengefunden haben, um in gemeinsamer, ernster Arbeit von einheitlichen allgemeinen Gesichtspunkten aus eine Lösung so mancher Probleme anzustreben.

M. Cohn (Berlin).

W. Ebstein (Göttingen). Die Natur und Behandlung der Gicht. (Referat.)

Der Vortragende giebt zunächst in allgemeinsten Zügen eine Übersicht über die Symptome der Gicht. Das Wort »Gicht« ist ein urdeutsches, entspricht im Allgemeinen dem Worte »Weh« und drückt am besten den Gesammtcharakter der Krankheit aus. Der Vortragende unterscheidet gegenüber den vielen, immer noch in Gebrauch befindlichen Eintheilungen des gichtischen Processes nur zwei Arten der Gicht: 1) die primäre Gelenkgicht, die weitaus häufigste und praktisch wichtigste Form, und 2) die primäre Nierengicht. Bei beiden Formen können gichtische Erkrankungen anderer Organe sekundär auftreten. Insbesondere geschieht dies bei der primären Gelenkgicht, in deren Verlaufe insbesondere auch die Nieren sekundär sehr oft in Mitleidenschaft gezogen werden.

Der Vortragende bezeichnet die primäre Gelenkgicht als eine exquisit chronische Erkrankung, bei welcher nur der typische Gichtanfall oder Gichtparoxysmus in mehr oder weniger rascher Weise abläuft. Neben demselben unterscheidet der Vortragende die Symptome der gichtischen Anlage und die Symptome zwischen den Anfällen, die intervallären Symptome. Der Vortragende schildert zunächst das Typische und Charakteristische der primären Gelenkgicht, den Gichtanfall in seinem klinischen Verlauf, seiner Lokalisation etc. und knüpft daran Bemerkungen über die gichtischen Tophi, welche bei einer Reihe von Kranken im Gefolge derselben zur Entwicklung kommen, insbesondere erinnert er daran, dass die Tophi in so fern von größter Bedeutung in der Geschichte der Gicht sind, indem in dem Studium derselben die Erkenntnis von der Bedeutung der Harnsäure bei der Gicht wurzelt. Der Vortragende widerlegt auf Grund seiner anatomischen und experimentellen Untersuchungen den von Garrod vertretenen Satz, dass die Ablagerung krystallisirter Urate, durch deren mechanische Einwirkung die gichtische Entzündung entstehe, bei derselben nie fehlen. Nach den Untersuchungen des Vortragenden ist die Harnsäure ein chemisches Gift, welches nicht nur entzündliche, sondern auch nekrotisirende und nekrotische Processe veranlasst. Nur in den letzteren findet eine Ablagerung krystallisirter Urate statt. Auf diese Weise erklärt es sich, dass schwere gichtische, d. h. durch Harnsäure bedingte Erkrankungen der Gewebe und Organe auch ohne die erwähnten Ablagerungen entstehen und verlaufen. Der Vortragende betont,

dass die Harnsäure als chemisches Gift auch Reizzustände der Gewebe bedingen kann, welche rasch vorübergehen können und keine dauernden Störungen zu hinterlassen brauchen, sowie dass die verschiedenen Gewebe und Organe des Thierkörpers verschieden empfindlich gegen den Einfluss der Harnsäure seien, und zieht daraus die für die Pathologie der Gicht sich ergebenden Folgerungen.

Alsdann geht der Vortragende zu einer specielleren Schilderung der Symptome der gichtischen Anlage und der intervallären Symptome über. Er betont zunächst besonders die Symptome seitens der Muskeln und geht demnächst zu den Symptomen über, welche durch die Betheiligung der inneren Organe an der gichtischen Erkrankung bedingt werden. Derselbe schildert in erster Reihe die Erkrankungen des Verdauungskanals und der Leber, sodann die des Nervensystems und ferner die der Harnorgane und in specie der Nieren. Er hebt die Erkrankungen dieser Organe hervor, weil man die Betheiligung derselben an dem gichtischen Process zum Ausgangspunkt von Hypothesen über die Pathogenese der Gicht gemacht hat. Nachdem der Vortr. dieselben erörtert, beziehungsweise widerlegt hat, betont er, dass eine vermehrte Harnsäurebildung allein den gichtischen Process nicht erzeuge, und wendet sich auch gegen die von Garrod aufgestellte Hypothese, dass neben einer vermehrten Harnsäurebildung bei der Gicht ein zeitweises Unvermögen der Nieren besteht, die Harnsäure vollständig aus dem Körper auszuscheiden, indem er jeden der von Garrod dafür beigebrachten Gründe einzeln auf Grund sachlicher Prüfung zurückweist. Dagegen erkennt der Vortr. an, dass eine solche generalisirte Harnsäurestauung — wie sie Garrod in Folge von verschiedenen Ursachen, auch lediglich in Folge funktioneller Störungen der Nieren, zeitweise zu Stande kommen lässt — durch schwere Erkrankungen der Nieren, als Theilerscheinung der Retention sämmtlicher Auswürflinge des Stoffwechsels, entstehen kann, und bemerkt, dass in diesem Falle die zweite der von ihm angenommenen Gichtformen, die primäre Nierengicht entsteht, welche erfahrungsgemäß gewöhnlich einen raschen deletären Verlauf nimmt. Der Vortr. nimmt, um die Symptome, die anatomischen Veränderungen etc. bei der primären Gelenkgicht zu erklären, eine lokalisirte Harnsäurestauung an. Er vertritt die Ansicht, dass bei der primären Gelenkgicht in dem Knochenmark und in den Muskeln reichlicher Harnsäure gebildet werde, welche von diesen Bildungsstätten durch die Lymphwege dem Blut zugeführt und, so weit sie im Organismus keine weiteren Veränderungen erfährt, durch die Nieren ausgeschieden wird. Der Vortr. begründet diese Ansicht ausführlich und erklärt durch die behinderte Fortbewegung der harnsäurereichen Säfte in den Lymphwegen und den danach erfolgenden Eintritt dieser Säfte in die Blutbahn, die Entstehung der Symptome der gichtischen Anlage, die Betheiligung des Herzens und der Gefäße etc., bei der Gicht, so wie auch

-lich die **Pathogenese** des typischen **Gichtanfalles**, in-
er für das Zustandekommen desselben eine **temporäre**
-kung, vollkommene **Stase** der harnsäurereichen Säfte in den
-ymphwegen verantwortlich macht. Der **Vortr.** erörtert die Bedingungen, welche die lokalisirten Harnsäurestauungen veranlassen und findet in ihnen auch die Bindeglieder, welche zwischen der **Gicht** auf der einen, und dem **Rheumatismus** und der **Syphilis** auf der anderen Seite bestehen. Nachdem der **Vortr.** noch der Betheiligung der **Athmungsorgane** an dem Symptomenkomplex der Gicht, besonders der **Bronchitis** und des **Emphysems**, gedacht hat, bespricht derselbe die Beziehungen der **Gicht** zur **Fettleibigkeit**, der **Steinkrankheit**, der **einfachen Glycosurie** und dem **Diabetes mellitus** und erörtert die **ätiologischen** Verhältnisse der Gicht und die zu ihr **prädisponirenden** Momente, u. A. auch die Beziehungen der **Bleikrankheit** zur Gicht. Der **Vortr.** geht sodann zur Besprechung der **Diagnose**, der **Prognose** und der **Behandlung** der Gicht über. In letzterer Beziehung widmet er besonders dem **Regimen bei der Gicht** eine genauere Besprechung, betreffs dessen er im Allgemeinen lediglich an den Grundsätzen festhält, welche er in dem unter diesem Titel 1885 erschienenen Büchlein ausgesprochen hat. Orig.-Ref.

Emil Pfeiffer (Wiesbaden). Korreferat.

Da beide Herren Referenten dahin übereingekommen sind, in Kürze alle Punkte ihres Themas zu besprechen, will Redner einige Gesichtspunkte erörtern, die zur Ergänzung des von **Ebstein** Gesagten dienen sollen, um dann die Behandlung der Gicht ausführlicher zu besprechen.

Vortr. macht zunächst auf die starke Betheiligung der Haut am gichtischen Process, bestehend in Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, aufmerksam. Er betrachtet diese Hautentzündung als eine der wesentlichsten Komponenten des Gichtanfalls und glaubt, dass sogar häufig das eigentliche Gelenk vollkommen frei bleibt.

Auch die ersten Ablagerungen von harnsauren Salzen, die ersten Tophi, entwickeln sich vorzugsweise in der Haut und im Unterhautzellgewebe. Erst bei großer Zunahme der Tophi werden Gelenkkapsel, Gelenkknorpel und Sehnenscheiden in Mitleidenschaft gezogen.

Bezüglich der Pathogenese der gichtischen Processe stimmt Ref. mit den von **Ebstein** vorgetragenen Anschauungen nicht ganz überein. Die der Ausbildung der Tophi vorausgegangene Nekrose ist traumatischen Ursprungs; der einmal gesetzte Tophus wächst durch beständige Attraktion der in den Körpersäften in ausscheidbarem Zustande enthaltenen Harnsäure. Zur weiteren Erklärung, warum Traumen, die bei Gesunden eine vorübergehende Störung veranlassen, bei Gichtkranken Nekrose verursachen, muss eine besondere Vulnerabilität der Gewebe und eine Neigung der Harnsäure, in schwer lösliche Formen überzugehen, herangezogen werden.

Vortr. zeigt dann nach eingehender Darlegung seiner Theorie von der Ausscheidbarkeit der Harnsäure, in welcher Weise der Urin der Gichtkranken bei Stellung der Diagnose verwerthet werden kann. Er zeigt ferner, dass die vielfach verbreitete Anschauung, dass eine excessive Harnsäurebildung als wesentlich bei der Gicht zu betrachten sei, durchaus falsch sei, und weist zahlenmäßig nach, dass Gichtkranke — d. h. außerhalb der Anfälle völlig wohl befindliche — auffallend geringe Harnsäuremengen gegenüber den Gesunden ausscheiden. Ganz bedeutend vermindert ist die Harnsäureausscheidung bei Gichtkranken im kachektischen Stadium. Der Grund dafür ist nicht in Ablagerung der Harnsäure im Körper, sondern in einer verminderten Bildung derselben zu suchen. Diese verminderte Bildung der Harnsäure ist als Ausdruck der Verlangsamung des Stoffwechsels und als Symptom der beginnenden oder schon vorhandenen Kachexie zu betrachten.

Die Verhältnisse des Urins und der Harnsäureausscheidung finden, sobald sich ein wirklicher Gichtanfall entwickelt, eine wesentliche Veränderung.

Die vielfach verbreitete, auch von Ebstein vertretene Ansicht über die Genese des Gichtanfalls, dass nämlich bei demselben eine Rückstauung der im Blute oder in den Säften vorhandenen Harnsäure in die Gelenke stattfinde und so der Schmerzanfall hervorgerufen werde, vermag Vortr. nicht zu theilen. Seine auf eingehenden, ausführlich und klar dargestellten Experimenten beruhende Anschauung geht vielmehr dahin: Nicht die unlösliche, sondern die lösliche Form der Harnsäure ist es, welche die Störungen bei dem akuten Gichtanfall hervorbringt; zur Erklärung der Schmerzen ist weder eine Harnsäurestauung noch eine vermehrte Bildung von Harnsäure nöthig, sondern alle Erscheinungen erklären sich einzig und allein aus einer durch veränderte Reaktion des Blutes bewirkten Auflösung von vorher in schwerlöslicher oder unlöslicher Form deponirten Harnsäuremengen. Aus dieser Auflösung der harnsauren Deposita lassen sich die spontanen Schmerzen, die Schwellung, die Hautröthe, der Druckschmerz, die vermehrte Harnsäureabsonderung und die vermehrte Gebundenheit der Säure, somit alle Symptome des Gichtanfalls ableiten, und man gelangt zu dem Satze: Der akute Gichtanfall ist ein durch Alkalescenz des Blutes bewirkter Resorptionsvorgang von Harnsäuremengen, welche vorher in Folge von mangelhafter Alkalescenz der Körpersäfte oder von Säuerungsprocessen abgelagert worden waren.

Die Ergebnisse seiner Darlegungen über die Natur der Gicht fasst Vortr. in folgende Sätze zusammen:

1) Der Gichtanfall oder die harnsaure Diathese besteht darin, dass die Harnsäure, die im Körper entsteht, sofort schon in den Körpersäften nicht in einer leicht löslichen, sondern in einer schwer löslichen und zur Ablagerung neigenden Form gebildet wird.

2) Die Folge dieser Schwerlöslichkeit der Harnsäure ist die, dass dieselbe nicht sofort nach ihrer Bildung fortgeschafft, sondern in den

Geweben abgelagert wird, und zwar entweder in Form allgemeiner Infiltration resp. Imbibition der noch gesunden Gewebe, oder als umschriebene, aus nekrotischem Gewebe bestehende Knoten.

3) Die erste Folge der Retention der Harnsäure ist eine verminderte Ausscheidung derselben; bei weiterem Fortschreiten des Gichtprocesses macht sich aber ein Daniederliegen des ganzen Stoffwechsels mit beträchtlicher Verminderung der Harnstoff- und Harnsäureausscheidung geltend, welche in den schwereren Fällen zur Kachexie, zu bedrohlichen lokalen Störungen an lebenswichtigen Organen und zum Tode führt.

4) Der Gichtanfall, sowohl der akute als der chronische, entsteht dadurch, dass durch besondere Umstände eine stärkere und der normalen sich nähernde Alkalescenz der Säfte bewirkt wird, welche zur Lösung der deponirten Harnsäure führt. Die in großen Massen in lösliche Form übergeführte Harnsäure bewirkt die Schmerzanfälle und die Entzündungserscheinungen.

Als letzte Ursache dieses abnormen Verhaltens der Harnsäure im Organismus nimmt P. eine erbliche Anlage an, die in ihrer ungünstigen Wirkung durch unzweckmäßige Ernährung unterstützt wird. Eine Kost, welche viel Säuren einführt, ist dabei zunächst zu beschuldigen, da durch die vielen und starken Säuren die zur Bindung der Harnsäure disponiblen Salze der Alkalien und Erden schon im Verdauungskanale in stabile Verbindungen übergeführt werden, welche keine Harnsäure mehr zu binden im Stande sind.

Durch diese Sätze über die Natur und Entstehungsweise der gichtischen Processe sind unmittelbar die Grundzüge der Behandlung gegeben.

Es handelt sich darum, die Harnsäureausscheidung auf den normalen Stand zu bringen; in Bezug auf den Anfall selbst darum, Schmerzen zu mildern und die überschüssige Harnsäure aus den Geweben schmerzlos wegzuschaffen.

Ziemlich viel lässt sich mit diätetischen Mitteln erreichen: Die Hauptmasse der Nahrung soll aus Eiweißstoffen, aus Fetten und Vegetabilien bestehen; Kohlehydrate, vor Allem Stärke und Zucker, sollen strengstens vermieden werden. — Die Fleischnahrung hat keinerlei Bedenken, da die Furcht vor der Harnsäurebildung eine ganz ungerechtfertigte ist. Dasselbe gilt für die anderen Proteïnsubstanzen, besonders für die Eier; die Eiweißstoffe der Milch erheischen etwas Vorsicht wegen der gleichzeitig möglichen Einführung von Milchsäure; saure Milch und saurer Käse sind jedenfalls auszuschließen.

Kohlehydrate sind zu vermeiden, da sie die freie Harnsäure im Urin beträchtlich zu vermehren im Stande sind. Dagegen sind grüne und saftige Pflanzentheile äußerst zuträglich, da dieselben die Säfte und den Urin alkalisch machen und dadurch die Harnsäure in das günstigste Lösungsverhältnis bringen.

Wein- und Biergenuss ist zu verbieten; da derselbe auf den

Gesunden einen Einfluss ausübt, welcher die Ausscheidungsverhältnisse seiner Harnsäure und deren Beschaffenheit im Urine denen des Gichtkranken in den wesentlichsten Punkten nähert, so wird beim Gichtkranken seine Wirkung noch nachtheiliger sein.

Ein Mittelglied zwischen den rein diätetischen und den rein medicinischen Mitteln bilden die alkalischen Mineralwässer. Die beste Wirkung haben die kohlensauren Salze: die Ausscheidung der Harnsäure wird vermehrt und die Säure erscheint als völlig gebundene Harnsäure im Urin. — Am sichersten wirken die kohlensauren resp. doppeltkohlensauren Natronsalze, aber auch die Kali-, Kalk- und Lithionsalze bewirken eine Bindung der Harnsäure im Urin. Viel weniger die Magnesiasalze. Eine specifische Wirkung des Lithion giebt P. nicht zu.

Die Anwendungsweise der Mineralwässer erfolgt in Trink- und Badekuren. Als Typus eines Trinkmineralwassers empfiehlt P. das von Fachingen mit einem Gehalte von 3,5 ‰ doppeltkohlensaurem Natron und 0,6 ‰ doppeltkohlensaurem Kalk. Die Dosis beträgt einen kleinen bis einen großen Krug pro die. Die Offenbacher neu erbohrte Kaiser Friedrich-Quelle ist in Fällen, wo der Kalk nicht bekommen sollte, sehr zu empfehlen.

Neben der Trinkkur ist reichliche Körperbewegung zur Hebung des Stoffwechsels sehr zu rathen.

Von den bei der Gicht zur Anwendung zu Badekuren geeigneten Quellen hat P. die Wirkung des Wiesbadener Kochbrunnens experimentell geprüft und kommt zu folgenden Schlüssen:

Durch eine Bäderreihe von circa 20 ½ständigen Kochbrunnenbädern von 27° R. an 20 auf einander folgenden Tagen zeigt sich beim Gesunden die tägliche Ausscheidungsmenge der Harnsäure niemals wesentlich vermindert, sondern dieselbe ist mindestens eben so hoch, in der Mehrzahl der Fälle sogar etwas höher, als bei Beginn der Badekur.

War die Harnsäure im Anfang der Badekur in gebundenem Zustande im Urin enthalten, so zeigt sie sich am Ende der Kur, d. h. nach 20 Bädern, fast vollkommen frei oder die Menge der freien Säure ist doch gegen den Beginn der Badekur wesentlich erhöht.

Beim Gichtkranken findet sich nach 20 Badetagen in Kochbrunnenwasser die tägliche Menge der Harnsäure im Vergleiche zu der vor Beginn der Badekur ausgeschiedenen regelmäßig beträchtlich vermindert. In manchen Fällen sinkt die Harnsäuremenge bis auf Spuren herab, in anderen — und zwar in den meisten Fällen — auf die Hälfte ihrer ursprünglichen Menge.

Gleichzeitig wird die im Beginn der Badekur in vollkommen oder fast vollkommen freiem Zustande ausgeschiedene Harnsäure vollständig oder zum Theil gebunden und bleibt für längere Zeit in diesem Zustande.

Während also Badekuren in hervorragender Weise die harnsaure Diathese zu bekämpfen im Stande sind, ist die Badekur auch ein

vortreffliches Mittel, die Reste akuter oder subakuter Gichtanfälle zu bekämpfen.

Bei der Behandlung des akuten Gichtanfalles ist es die Hauptaufgabe, die löslichen und schmerzhaften Modifikationen der Harnsäure in schmerzlose zu verwandeln. Dazu eignen sich die Säuren; vorzugsweise eignet sich das salicylsaure Natron, da dieses nicht nur die schmerzstillenden Eigenschaften der Salicylsäure hat, sondern auch die Harnsäure in großen Mengen ausführt. In Fällen, wo das Mittel im Stiche lässt, müssen zunächst die Mineralsäuren vermehrt, dann andere Mittel, wie Colchicum, Liqueur Laville versucht werden.

Schließlich räth Vortr., die Gichtkranken möglichst früh aus dem Bett zu lassen und ihnen Bewegung zu gestatten, und warnt vor der übertriebenen Anwendung der Massage besonders während des Anfalles. —

Diskussion: A. Schetelig (Homburg): S. hat das Pfeiffersche Verfahren zur Erkennung des Zustandes der harnsauren Diathese in einer Reihe von Fällen geprüft und bestätigt unter Vorlegung von Tabellen die Pfeiffer'schen Angaben vollständig.

Auch P.'s Angaben bezüglich der Therapie werden vom Redner bestätigt unter Hinzufügung, dass auch Diät mit und ohne Kochsalzbrunnen, milde Badeformen oder starke Bewegung allein im Laufe einiger Wochen die freie Harnsäure in gebundene umzuwandeln vermögen. —

Friedländer (Leipzig): F. hat an einem großen Krankenmaterial die Beziehungen des akuten Gelenkrheumatismus zur Gicht, die seiner Ansicht nach noch nicht genügend gewürdigt sind, studirt und kommt zu dem Resultat, dass der akute Gelenkrheumatismus eine gewichtige Rolle im Gesammtbild der Gicht spielt und für die Pathogenese derselben an erster Stelle Berücksichtigung verdient. —

Ebstein (Göttingen): E. weist zunächst die Ansicht des Vorredners bezüglich der Identität von Gicht und Gelenkrheumatismus zurück, und spricht dann seine Freude darüber aus, dass seine Anschauungen sich im Wesentlichen mit denen Pfeiffer's decken. Nur P.'s Ansicht über die verminderte Bildung von Harnsäure vermag er nicht zu theilen, sondern glaubt, dass mehr Harnsäure bei Gichtkranken gebildet wird. M. Cohn (Berlin).

---

1. Immermann (Basel). Über die Funktion des Magens bei Phthisis tuberculosa.

Da die bisherigen Versuche, durch direkte Vernichtung der Tuberkelbacillen in den Lungen die Phthisis zu heilen, noch kein endgültig befriedigendes Resultat ergeben haben, so wird nach wie vor noch die Kräftigung der Konstitution des Phthisikers bis auf Weiteres die Hauptaufgabe einer rationellen Phthisistherapie bilden müssen. — Dieses war denn auch der Standpunkt, welcher auf dem 6. Kongresse

für innere Medicin (1887) mit Recht von dem damaligen Referenten über das betreffende Thema vertreten worden ist.

Unter den kräftigenden diätetischen Agentien stehen gute Luft und eine angemessene Ernährung des Phthisikers obenan; doch existirt für letztere, die reichlichere Alimentation, sehr oft ein erhebliches praktisches Hindernis in dem Appetitmangel des Kranken und in der lästigen Dysphorie während der jedesmaligen Verdauungszeit. Die Frage, ob diese sogenannten »gastrischen« Symptome der Phthisiker der Ausdruck einer wirklichen Dyspepsie sind, oder nicht, ist indessen bisher immer noch eine offene gewesen, — und der Ausspruch Dettweiler's, dieselben seien am Ende vorwiegend nur der Ausdruck einer »nervösen« Dyspepsie (im Sinne Leube's), verdient jedenfalls alle Beachtung. Im gleichen Sinne, nämlich gegen eine eigentliche Dyspepsie, sprechen auch die bekannten Berichte über die günstigen Wirkungen der »alimentation forcée« oder »Überernährung« bei Phthisis.

Ref. hat es desshalb unternommen, auf dem Wege des Versuches sich bei einer größeren Anzahl von Phthisikern verschiedenster Kategorie Aufschluss über die Funktion des Magens zu verschaffen, und dabei ausschließlich Methoden kultivirt, welche, bereits anderweitig empfohlen und bewährt, ein unmittelbar praktisches Interesse für sich in Anspruch nehmen dürfen. Es wurde wesentlich weniger die chemische, als die biologisch-klinische Seite der Frage für wichtig angesehen und bei der Auswahl der Methoden berücksichtigt. Bei der Auswahl ferner der Untersuchungsfälle wurde namentlich darauf Obacht genommen, möglichst verschiedenartige klinische Formen der Phthisis heranzuziehen, um etwaigen konstanteren Differenzen in Bezug auf die Magenfunktion und etwaigen Ursachen solcher Differenzen möglichst leicht auf die Spur zu kommen. Von besonderer Wichtigkeit erschien vor Allem das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Appetitmangel und von gastrischen Molimina, ferner der verschiedene Grad der phthisischen Kachexie, — endlich das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Fieber, die Höhe desselben und die etwaige Existenz von morgendlichen Intermissionen. Über die ersten 25 Untersuchungsfälle wurde bereits eingehender kürzlich im Deutschen Archiv für klinische Medicin von Schetty referirt.

Als geeignetste Methode für die Untersuchung der Magenfunktion in den Nachmittagsstunden ergab sich ohne Weiteres die Verabfolgung der Leube'schen Probemahlzeit. Dieselbe wurde im Ganzen 54 Phthisikern der verschiedensten Kategorie gegeben, — mit dem wichtigen Resultate, dass nur in einem einzigen derselben der Magen nach 6 Stunden noch wenige unverdaute Fleischreste enthielt, in allen übrigen aber um diese Zeit bereits leer war, oder doch nur (in 2 Fällen) kleine Mengen milchiger Flüssigkeit enthielt. Einen durchaus unverlängerten zeitlichen Ablauf der Magenverdauung zeigten namentlich auch Fälle mit völligem Appetitmangel und mit

starken gastrischen Beschwerden; eben so wenig übten hochgradigste Kachexie oder hohes Nachmittagsfieber den erwarteten verzögernden Einfluss aus. So absolvirte z. B. eine bereits im letzten Stadium der Phthise befindliche Pat. trotzdem noch, 5 Tage vor ihrem Tode, die Leube'sche Mahlzeit vollständig innerhalb der normalen Zeit.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde nach dem Vorgange van den Velden's in der Frühe (7 Uhr) den Pat. nüchtern (nach 12stündiger Abstinenz vom Abend zum Morgen) das Weiße von zwei hartgekochten Hühnereiern nebst 100 ccm destillirten Wassers verabfolgt, eine Stunde gewartet und sodann (um 8 Uhr) der Mageninhalt aspirirt. Kontrollversuche an Gesunden verschiedenen Alters und beiderlei Geschlechts hatten ergeben, dass die aspirirte Flüssigkeit alsdann sauer reagirt, noch unverdaute Eiweißstückchen, aber keine sonstigen Speisereste enthält und frei von organischen Säuren (Essigsäure, Buttersäure und Milchsäure) ist. Dagegen ist gewöhnlich bereits freie Salzsäure (nachzuweisen durch Phloroglucin-Vanillin) vorhanden, und der Salzsäuregehalt (durch Titration mit $^1/_{10}$ Normalnatronlösung bestimmt) variirt (bei Gesunden) zwischen 1,0—2,3‰. Im Wesentlichen ähnlich gestalteten sich die Verhältnisse bei 45 untersuchten Phthisikern. Nur jene eine Kranke, welche auch die Leube'sche Mahlzeit nicht in 6 Stunden bewältigt hatte, zeigte 2 Tage später bei der Morgenuntersuchung neben Eiweißstückchen auch noch Brotreste vom letzten Nachtessen im aspirirten Mageninhalt. Von den 44 übrigen Pat. hatten 38 freie Salzsäure; die Salzsäurewerthe variirten zwischen 1,0—4,0 ‰ und kamen auffälligerweise sehr hohe Salzsäurewerthe auch mehrfach bei ganz dekrepiden Kranken und bei morgendlichen Fiebertemperaturen vor. In 6 Fällen ließ die Phloroglucin-Vanillinreaktion im Stich, obwohl in 4 derselben die Reaktion trotzdem sauer und die Säurereaktion allein durch Salzsäure bedingt war. Hier war augenscheinlich die Aspiration für den beabsichtigten Zweck etwas zu früh erfolgt und die bisher ergossene Salzsäure von dem genossenen Eiweiß in Beschlag genommen. In 2 Fällen endlich war die Reaktion überhaupt nicht sauer, vielmehr alkalisch, doch betraf einer derselben einen alten Branntweintrinker mit inveterirten gastrischen Symptomen neben einer erst kürzlich entstandenen Phthisis. — Alles in Allem genommen scheinen demnach die Morgenwerthe der Salzsäure bei Phthisis für gewöhnlich den normalen nicht nachzustehen.

Es wurden endlich auch noch Versuche über die peptische Wirkung des filtrirten Mageninhaltes angestellt und als Maß für die verdauende Kraft desselben die zur Digestion von je gleich großen Eiweißscheibchen im Thermostaten (bei 38° C.) erforderliche Zeit angenommen. Dieselbe variirte für die angewendete Menge (15 ccm) von filtrirtem Morgenmagensaft bei Gesunden und Phthisikern innerhalb der gleichen Grenzen (von 1—2 Stunden), so dass gefolgert werden darf, dass die peptische Energie bei Beiden für gewöhnlich des Morgens nicht wesentlich verschieden ist.

Hiernach hat es aber überhaupt den Anschein, als seien wirkliche Dyspepsien bei Phthisikern weit seltener, als man bisher annahm, und als hätten sie, wenn einmal vorhanden, mehr nur die Bedeutung einer Komplikation, als diejenige eines Attributes der Phthisis, und als seien ferner die sogenannten gastrischen Symptome bei dieser Krankheit in erster Reihe auch vielfach allein »nervöser« Art.

Die Schlussfolgerungen über die bei Phthisikern für gewöhnlich zulässige reichlichere Diät liegen so nahe, dass Ref. glaubt, nicht ausführlicher noch auf dieselbe eingehen zu müssen. Dagegen dringt er in zweifelhaften Fällen auf direkte Untersuchung des Magens mit Hilfe der üblichen Methoden. Orig.-Ref.

---

2. Jul. Petersen (Kopenhagen). Über den Hippokratismus.

Der Vortr. hebt hervor, dass der Hippokratismus, welcher nicht nur eine Lehre, sondern vielmehr eine ganze Geistesrichtung und ein ganzes Leben konstituirt, noch ein mitwirkendes aktuelles Moment für die medicinische Klinik abgiebt, dass mehrere Elemente desselben noch von nicht geringer Wichtigkeit sind, dass sogar mehrere alte hippokratische Axiome, die als überaus naiv vom Standpunkte der modernen Wissenschaft betrachtet worden sind, durch die neueste bakteriologische Pathologie wieder zur Geltung kommen, und dass überhaupt die hervortretenden kausalen Gesichtspunkte der Hippokratiker die exklusiv anatomischen Anschauungen wieder etwas in den Hintergrund drängen.

Als besondere Hauptmomente des Hippokratismus hebt der Vortr. hervor: 1) die Betrachtung des Organismus als eine untrennbare Totalität, woraus ein gewisser Gegensatz zu dem einseitigen, nur »anatomisch denkenden« Specialismus resultirt, 2) die ausgedehnteste Individualisirung zunächst auch in der die Ätiologie besonders berücksichtigenden Krankenuntersuchung, 3) den exklusiv-praktischen Grundstandpunkt, der allen Nachdruck auf die Therapie legt, zugleich aber, wenigstens principiell, immer sehr zurückhaltend ist und diese als eine Kunst betrachtet, welche ausschließlich nur am Krankenbett gelernt werden kann. Im Zusammenhang hiermit 4) die autokratische Forderung der Klinik, folglich die Accentuirung der klinischen Erfahrung als die allein maßgebende, wenn auch die Klinik natürlich ein Substrat der generellen Pathologie weder entbehren kann noch darf und diese Grundlage mit der mächtigen Entwicklung der pathologischen Anatomie und Physiologie immer von hervorragenderer Bedeutung wird. Ein einfaches Derivat der exakten Wissenschaften will die Klinik doch niemals werden können, und eine Reaktion gegen bezügliche Bestrebungen, eine erneuerte Annäherung an den alten Hippokratismus tritt in der Neuzeit von Seite der Kliniker immer deutlicher zu Tage, was der Vortr. aus der neueren französischen, britischen und deut-

schen Medicin illustrirt. Besonders hat die britische Klinik die hippokratischen Traditionen festgehalten.

Der Vortr. weist nach, dass diese Behauptung der Souveränität der Klinik für den in seinem ernsthaften Wirken vertieften Kliniker eine Nothwendigkeit ist, um mitten unter der Unsicherheit der exakten Grundlagen handeln zu können. Diese Forderung darf doch keineswegs mehr als bedingungsweise behauptet werden, und der Vortr. illustrirt durch Beispiele aus der älteren und neueren hippokratischen Klinik verschiedene Übergriffe derselben in dieser Beziehung, eben so auch Beispiele des stichhaltigen medicinischen Standpunktes. Der Vortr. betont, dass eben die Selbstvertheidigung der medicinischen Klinik, dem Specialismus gegenüber, die Herbeiziehung hippokratischer Momente fordert.

Überhaupt präcisirt der Vortr. wiederholt, dass der hippokratische Standpunkt nur theilweise und in seinen besten Elementen jetzt aufrecht erhalten werden kann, dass neben der Berücksichtigung der Totalität des Organismus die Lokalpathologie und Lokaltherapie sich in immer wachsender Bedeutung geltend macht, woraus in Übereinstimmung mit dem ursprünglichen Hippokratismus eine beständig innigere Verschmelzung der Chirurgie mit der Medicin resultirt.

Auch die Betrachtung der Therapeutik als eine Kunst kann nur bedingungsweise behauptet werden, und das Wesentlichste der Kunstauffassung liegt darin, dass dieselbe überaus große Ansprüche an die Persönlichkeit des Arztes stellt, was vielleicht das allerwichtigste Moment des Hippokratismus ist und die dauernde Aktualität und Wichtigkeit desselben besonders bedingt. Die erhabene Idealität des ärztlichen Wirkens, wie auch die medicinische Klinik in ihrer traditionellen umfassenden Gestalt kann weniger in den exklusiv wissenschaftlichen Kategorien als in den besten Elementen des Hippokratismus ihre nächste Hauptstütze finden.

Übrigens muss auf den Originalvortrag verwiesen werden. Orig.-Ref.

---

3. **Fürbringer** (Berlin). Über Impotentia virilis.

Der Vortr. giebt unter Hinweis auf den lockeren bezw. fehlenden inneren Zusammenhang zwischen Impotentia generandi (Azoospermie etc.) und den Störungen der Potentia coëundi eine Übersicht seiner praktisch-klinischen Erfahrungen über letztere. Vor Inangriffnahme der Hauptgruppe, d. i. der nervösen Impotenz, rücksichtlich welcher besonders der Abhandlungen von Beard-Rockwell und Hammond (als der seit der Curschmann'schen Bearbeitung des Themas einzigen belangvollen litterarischen Erzeugnisse) gedacht wird, berichtet F. über einige Fälle von mechanischer Behinderung der Potenz unter der Form von Bogen- und Winkelstellung des erigirten Penis. Was diese Chordaformen zu den

größten Seltenheiten stempelt, ist, dass sie weder auf ein Trauma noch gonorrhoische Infiltrationen bezogen werden konnten, sondern als auf besonderen Schrumpfungsprocessen (wahrscheinlich von Thrombosirungen im Bereich der Schwellkörper ausgehend) beruhend aufgefasst werden mussten.

Die »nervöse« Impotenz anlangend, handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um rein auf das Geschlechtssystem lokalisirte Theilerscheinung von Neurasthenie, deren einziges Symptom unter Umständen die Abnahme der Geschlechtskraft darstellen kann. Viel seltener sind reine Formen von psychischer oder moralischer Impotenz.

Der Vortr. hat in den letzten 10 Jahren ca. 200 einschlägige Fälle beobachtet, wobei nur diejenigen berücksichtigt wurden, in denen lediglich oder doch wenigstens in erster Linie der Störung der Impotenz halber sein Rath begehrt worden. Von dieser Summe entfallen nur 2 Fälle auf ein Krankenhausmaterial von 15000 Pat., was mehr auf Indolenz als Immunität der niederen Schichten deutet. Der jüngste Pat. zählte 18, der älteste 52 Jahre, am meisten war das 4. Decennium bevorzugt. Obenan standen Officiere, Ärzte und Kaufleute.

Rücksichtlich der ätiologischen Momente konnte in 38% chronischer Tripper, in 28% excessive Onanie, in 13% beides, in 10% maßloser Coitus naturalis angenommen werden. Diesen 89% von onanistischer Neurose, »Tripperneurasthenie« etc. gegenüber boten nur 11% das Erbübel der reizbaren Schwäche ohne eigenes Verschulden, alle bei tadelloser Vergangenheit dar.

Rücksichtlich der außerordentlich bunten und wechselnden neurasthenischen Begleitsymptome — am häufigsten fanden sich Spinalirritation und krankhafte Samenverluste — und der verschiedenen Gruppirung der krankhaften Störungen der die Potenz bedingenden Momente ist das Original einzusehen. Hier sei nur erwähnt, dass am häufigsten jene Kardinalfaktoren — Geschlechtstrieb, Erektion, Ejaculation und Orgasmus, d. i. Wollustgefühl — in ihrer Gesammtheit eine Abnahme zeigen. Diese Formen gehören noch zu den erträglichsten, wenn nicht seitens des Weibes ein höheres Verlangen nach Geschlechtsverkehr besteht. Bisweilen handelt es sich weniger um Impotentia virilis als Impudentia muliebris. Bei gesteigerter Libido (sexualis) konkurrirt außerdem die Tantalusqual des Unvermögens der Stillung der eigenen Begierde. Die Ejaculation kann retardirt und beschleunigt sein, in letzterem Falle die Impotenzform an der Grenze der Tagespollution stehen. Auch der Impotenz durch geistige Ablenkung, durch konträre und perverse Sexualempfindung wird gedacht.

Die Diagnose hat besonders auf Diabetes, Tabes, Myelitis, Syphilis des Centralnervensystems Rücksicht zu nehmen.

Prognose nicht sonderlich ungünstig, in so fern etwa ein Drittel

komplet heilte, ein zweites geringe bis annehmbare Besserung zeigte. Paralytische Formen sind so gut wie unheilbar.

Die **Therapie** gehört in allererster Linie der Domaine der inneren Medicin an, in so fern die Haupterfolge aus der zweckentsprechenden Behandlung des Grundleidens, der Neurasthenie, resultiren. Örtliche, zumal irritirende Behandlung der Harnröhre mit Ätzmitteln und Instrumenten hat nur Sinn und bedingten, wiewohl bisweilen glänzenden Erfolg bei konkurrirender chronischer Entzündung der Harnröhre, Strikturen etc., ist aber fast ausnahmslos verwerflich bei intakter, zumal jungfräulicher Urethra. Mit besonderer Schärfe wendet sich hier der Vortr. gegen das kritiklose Überfallen der armen unschuldigen Harnröhre seitens halbgebildeter Lokalfanatiker, welche die traurigsten Sacrificien ihrer Angriffe auf ihrem Gewissen haben. F., der selbst wiederholt ersichtliche Erfolge einer umsichtig geleiteten Lokaltherapie bei Gonorrhoikern beobachtet hat, sah andererseits in einer größeren Reihe von Fällen ausgiebige Besserung, ja selbst Heilung desolater Zustände eintreten, sobald der Kranke den Harnröhrenspecialisten entschlüpft und in die Hände vernünftiger Neuropathologen gelangt war. Obenan steht die in gut geleiteten Anstalten geübte **Mitchell'sche** Kur, also eine Kombination von elektrischer und hydropathischer Behandlung mit Massage und kräftiger Ernährung. Die ursprünglich verlangte absolute Ruhe ist hingegen nach F.'s Erfahrung in den meisten Fällen zu verwerfen. Selbstverständlich ist diese Kur keine Panacee; ja sie kann in gewissen Fällen verderblich wirken. In Bezug auf das Eingehen der Ehe seitens der Träger der nervösen Impotenz räth zwar der Vortr. zu großer Vorsicht, ist aber keineswegs ein principieller Gegner des Konsenses, den er wiederholt mit erfreulichstem Resultat gewährt hat. Orig.-Ref.

---

4. **Dettweiler** (Falkenstein). Demonstration eines Taschenfläschchens für Hustende.

Redner beginnt mit einer kurzen Besprechung der von Dr. **Cornet** im 5. Heft der Zeitschr. für Hygiene 1888 veröffentlichten Untersuchungen, welche als unbezweifelbar erwiesen haben, dass die Infektiosität der Luft in der Umgebung des Phthisikers, der seinen Auswurf auf den Fußboden oder in das Taschentuch entleert, der also unreinlich spuckt, eine Thatsache ist, und dass jene ihren Grund in dem Staube, dem eingetrockneten und zerriebenen Sputum hat. Aus den Untersuchungen geht, außer einer erheblichen Einschränkung unserer seitherigen Anschauungen über die Ubiquität des Bacillus der Tuberkulose, der erfreuliche Beweis hervor, dass der Tuberkulöse an und für sich nicht die geringste Gefahr bringt, dass er absolut unschädlich ist, sobald nur für richtige Beseitigung seines Auswurfs und ev. Desinfektion seiner Effekten Sorge getragen wird. Der Kranke wird nur sich und Anderen gefährlich durch üble Gewohnheit, durch

Unreinlichkeit in oben definirtem Sinne. Die meisten Kranken sind aber durch unsere gesellschaftlichen Gewohnheiten und unsere Einrichtungen hierzu gezwungen. Der praktische, die Sinne nicht beleidigende Spucknapf ist noch zu erfinden. Die bis jetzt gebräuchlichen sind im besten Falle die versteckten schämenswerthen Findlinge der häuslichen Einrichtung. Der mit Auswurf Behaftete ist also in den allermeisten Fällen gezwungen, den Fußboden oder das Taschentuch zu benutzen und damit unreinlich und gefährlich zu werden, da ihm fast nie in der Amtsstube, im Geschäft, in der Kirche, im Theater, im Restaurant, Koncert-, Hör- und Gerichtssaal, namentlich aber im Wartesaal und auf langer Eisenbahnfahrt Gelegenheit gegeben ist, seine Bronchial- und Lungensekrete anders als in der gerügten Weise wegzuschaffen. Mit dem Nachweis der eminenten Schädigung des Allgemeinwohls durch diese Gepflogenheiten erwächst uns die ernsteste Pflicht, Abhilfe zu schaffen. Wir müssen in gewissem Sinne eine kleine sociale Revolution ins Werk setzen, indem wir den Missbrauch des Taschentuches einschränken, die Benutzung des Bodens überflüssig machen. Redner hat schon vor 5 Jahren den Gedanken ausgesprochen, dass dieses durch ein richtig konstruirtes Taschengefäß möglich sei. Neuerdings angeregt durch die Untersuchungen Cornet's hat er ein solches nach seinen Angaben durch die Firma Gebr. Noelle in Lüdenscheid herstellen lassen, von dem einige Exemplare dem Kongresse zur Begutachtung vorgelegt werden. Das kleine Geräth ist ein ca. 80 ccm haltendes flaches blaugefärbtes Glasfläschchen, das zwei Öffnungen besitzt, die obere größere zum Einführen des Sputums mit einem metallenen Schraubenverschluss, der außer einem gut schließenden und federnden Deckel noch einen glatt polirten bis in die Hälfte des Fläschchens reichenden konischen Trichter nach Art der bekannten Tintenfässer trägt, durch welchen das Ausfließen verhindert wird. Die untere kleine Öffnung dient als Reinigungsloch und ist gleichfalls mit einer Schraube verschlossen. Das kleine Instrument ist handlich, billig (ℳ 1,40), sicher schließend und lässt sich in einem Augenblick leicht vollständig reinigen. Die Befürchtung eines Widerstrebens der betheiligten Kreise gegen den allgemeinen Gebrauch des Taschenfläschchens, durch welches der schweren Gefahr einer immer weiteren Verbreitung des Bacillus wirksam gesteuert werden könnte, hält Redner nicht für stichhaltig. Er führt unter dem Hinweis auf die Geschichte des Taschentuches die zwingenden hygienischen und ästhetischen Gründe hierfür auf. Es liegt also nur an den Ärzten, das Publikum eindringlich zu ermahnen, ihm begreiflich zu machen, dass die seitherigen Gepflogenheiten sich nicht mehr mit den Rücksichten auf das eigene und das Wohl der Gemeinschaft vertragen — dass sie unreinliche und gefährliche sind. Wenn jeder Arzt in seinem Kreise, wenn die Lehrer von dem Katheder herab, wenn namentlich die Fach- und Tagespresse ihre ungeheure Macht für diese gute Sache einsetzen, so würde in

kurzer Zeit ein Wandel geschaffen werden können und damit eine Sicherheit vor weiteren Ansteckungen, wie wir sie bis jetzt nicht für möglich gehalten haben. Es ist unsere heilige Pflicht, mit allen zulässigen Mitteln dafür einzustehen, wie wir bereits viel einschneidendere Maßregeln bei Typhus, Scharlach, Pocken, Diphtherie und Cholera anwenden und willig befolgt sehen.

Der Vortr. fordert daher mit allem sittlichen und wissenschaftlichen Ernste das maßgebende Urtheil des Kongresses so wie seine Unterstützung, er ist gesonnen, die weitestgehende erlaubte Agitation zu betreiben, um dem obligatorischen Gebrauch des Taschenfläschchens neben den übrigen bereits von Cornet ausführlich dargelegten hygienischen Maßregeln allerwärts Eingang und Verbreitung zu verschaffen und damit, wie er hofft, der Menschheit einen ersprießlichen Dienst zu erweisen. Orig.-Ref.

Diskussion: Cornet (Berlin-Reichenhall): Redner glaubt, dass das vorgelegte Taschenfläschchen wohl geeignet ist, die Durchführung der gegen Tuberkulose nöthigen prophylaktischen Maßregeln zu erleichtern. Er bittet, dass man den Phthisiker gewöhnen möge, nicht auf den Fußboden oder in das Taschentuch, sondern in ein Gefäß den Auswurf zu entleeren, der feucht gehalten dann unschädlich entfernt werden kann. —

Quincke (Kiel): Q. hält das Dettweiler'sche Fläschchen ebenfalls für recht brauchbar, glaubt aber nicht, dass die Anwendung des Taschentuches, besonders bei schon sehr schwachen Pat., ganz abzuschaffen sein dürfte. Es käme dann darauf an, dafür zu sorgen, dass die Taschentücher häufig gewechselt und feucht aufbewahrt werden, bis ihre definitive Reinigung erfolgt. —

Mosler (Greifswald): Redner macht darauf aufmerksam, dass nach den bahnbrechenden Entdeckungen der Neuzeit, eine heilige Pflicht der Ärzte die Prophylaxe der Krankheiten geworden ist. Unschädlichmachung der Sputa der Phthisiker werde allmählich eben so zur Verringerung der tuberkulösen Erkrankungen führen, wie die Zahl der Typhösen durch sorgfältige Aufbewahrung und Entfernung der Typhusstühle vermindert worden ist. —

Fürbringer (Berlin) begrüßt ebenfalls die Neuerung des Vortr. Dem Resultat der Cornet'schen Untersuchungen ist er durch Anschlag in den Krankenzimmern des Friedrichshains bezw. Strafandrohung bei Benutzung des Taschentuches durch Lungenkranke gerecht geworden. Leider werden derartige Anordnungen bei moribunden oder sonst in desolate Zustände gerathenen Phthisikern fast ganz hinfällig, wie ihn weitgehende praktische Erfahrungen gelehrt. —

Dettweiler (Falkenstein): D. glaubt, dass die Fälle, wo das Taschentuch nicht zu umgehen ist, sehr selten sind, da man selbst die in extremis befindlichen Kranken noch zur Benutzung des Fläschchens anhalten kann. M. Cohn (Berlin).

———

5. **W. Ebstein** und **A. Nicolaier** (Göttingen). Über experimentelle Erzeugung von Harnsteinen.

Die Verff. haben durch Fütterung von reinem Oxamid, dem einen Ammoniakderivate der Oxalsäure, bei Hunden und Kaninchen Harnkonkremente erzeugt, und zwar fanden sie die größten im Nierenbecken, die kleinsten in der Form von Sand oder Gries in allen übrigen Theilen des Harnapparates. Die Konkremente haben die Härte 2 (Steinsalz) und sind im Gegensatze zu der rein weißen Farbe des verfütterten Oxamids grünlich gelb. Die größeren Konkremente zeigen eine rauhe, warzige Oberfläche. Bei der mikroskopischen Untersuchung von Dünnschliffen dieser Konkremente sieht man kreisförmige Figuren, meist Kreissegmente von geringerer und größerer Ausdehnung, die neben einer koncentrischen Schichtung Radialfasern erkennen lassen. Die Untersuchung dieser Dünnschliffe mit dem Polarisationsmikroskope ergiebt an den geschilderten kreisförmigen Figuren mit der koncentrischen und radialfaserigen Streifung das schwarze Kreuz der Sphärolithe, d. h. radialstrahliger Aggregate, welche nur aus einer homogenen Substanz bestehen. Nach der chemischen Untersuchung bestehen die Konkremente aus Oxamid, es ist nur noch, wie bei allen übrigen Harnkonkrementen, ein Gerüst vorhanden, welches aus einer die Reaktionen der Eiweißkörper gebenden Substanz zusammengesetzt ist. Dieses eiweißartige Gerüst hat, wie Schnitte durch dasselbe zeigen, eben so wie die Oxamidkonkremente einen koncentrisch schaligen Aufbau; es fehlen aber die Radialfasern, woraus hervorgeht, dass dieselben von dem Steinbildner, dem Oxamid, gebildet werden. Das Gerüst wurde durch Digeriren des Konkrementes in destillirtem Wasser von 80—90° C dargestellt.

Weitere Mittheilungen werden demnächst in einer ausführlichen Arbeit veröffentlicht werden. Es wurden Oxamidkonkremente in und aus den verschiedenen Theilen des Harnapparates der Versuchsthiere, sowie Dünnschliffe durch diese Konkremente und Präparate des eiweißartigen Gerüstes demonstrirt und die demonstrirten Gegenstände an Photogrammen erläutert. Orig.-Ref.

---

6. **G. Klemperer** (Berlin). Über Magenerweiterung und ihre Behandlung.

Verf. erörtert auf Grund von 17 beobachteten Fällen die Beziehungen zwischen Hyperacidität und Dilatation. Von seinen 17 Fällen zeigten 7 erhöhten Salzsäuregehalt. Doch hält K. diesen nicht für die Ursache der Magenerweiterung, weil er durch die Beobachtung reiner Fälle von Hcl. Hyperacidität gefunden hat, dass diese nur unter bestimmten Bedingungen zur Dilatation führt. Im Anschluss hieran bespricht K. 21 Fälle von Hyperacidität, von denen 12 gute motorische Kraft, 9 motorische Schwäche zeigen. Nur diese letzten führen zur Dilatation. Verf. macht weiter Angaben über einen Fall von Hyperacidität, bei welchem die Sacharifikationsfähigkeit

des Speichels vermindert war, und berichtet Fälle langsamen Überganges von Hyperacidität in Anacidität. — Die nach den Untersuchungen von K. ziemlich komplicirt sich erweisenden Beziehungen zwischen Hyperacidität und Dilatation eignen sich schlecht für ein Referat, so dass der näher Interessirte am besten auf den officiellen Verhandlungsbericht verwiesen wird. Bezüglich der Behandlung weist K. nach seinen Erfahrungen die pessimistische Prognose der meisten Autoren zurück und glaubt, dass selbst bei sehr veralteten Dilatationen eine Wiederherstellung der motorischen Funktion zu erzielen sei. Der Hauptfaktor der Behandlung sei die Diät, welche einen Eiweißansatz, und damit eine Restitution der Muscularis des Magens herbeiführen müsse. Zu diesem Zwecke seien neben mittleren Eiweißmengen dreiste Fett- und Kohlehydratgaben zu verabreichen. Die Gährungen seien durch Ausspülung in Schranken zu halten, welche allabendlich vorzunehmen sei. Von den Medikamenten empfiehlt K. Alkohol, Kreosot und die Amara, daneben Elektricität und Massage.

Orig.-Ref.

Diskussion: Posner (Berlin) im Namen von Ewald (Berlin): E. will inBezug auf Prognose und Behandlung der Magendilatation 2 Gruppen unterschieden wissen: eine, wo das Leiden noch in den ersten Anfängen steht und durch funktionelle Störungen hervorgerufen wird, die andere, wo es sich um länger bestehende Dilatationen handelt und bereits ausgedehnte organische Veränderungen bestehen. Nur die letzteren bieten das klassische, klinische Bild der Magendilatation; eine Heilung im Sinne einer Restitutio ad integrum ist bei ihnen nicht möglich. Die Fälle der ersten Gruppe können völlig geheilt werden. —

Lenhartz (Leipzig): Redner hat bezüglich der Hyperacidität eingehende Versuche angestellt und bestätigt die von Klemperer vorgetragenen Ansichten. —

v. Basch (Wien): B. macht auf Untersuchungen, die Oser in seinem Laboratorium angestellt hat, aufmerksam, nach deren Ergebnis ein Einfluss des Vagus und Splanchnicus auf Druck, resp. Depression im Magen vorhanden ist. —

v. Ziemssen (München): Z. hält daran fest, dass die Aufblähung des Magens mit Kohlensäure für die Diagnostik sehr werthvoll, für die Therapie unschädlich ist. Er bittet den Vortr., doch ein so altbewährtes Mittel nicht ohne Grund abthun zu wollen. —

Klemperer (Berlin): K. meint, dass von Ziemssen ihn missverstanden haben müsse, da er nur von forcirter Anwendung der Kohlensäure nach gestellter Diagnose abgerathen habe.

M. Cohn (Berlin).

---

7. **Hanau** (Zürich). **Demonstration makroskopischer und histologischer Präparate von gelungener Überimpfung von Krebs von Ratte auf Ratte.**

Zwei alten männlichen Thieren war vom Vortr. je ein hirsekorngroßes Stück einer Drüsenmetastase einer anderen an Cancroid der Vulva gestorbenen Ratte in die Tunica vaginalis testiculi[1] implantirt worden. Das eine Versuchsthier starb nach 7 Wochen und zeigte bei der Sektion eine allgemeine Carcinose des Bauchfelles, bes. des von bis kirschgroßen Knoten total durchwachsenen Omentum majus. Die zweite Ratte, nach 8 Wochen getödtet, hatte nur zwei Knötchen, eines von Millimetergröße auf dem Gubernaculum und ein erbsengroßes auf der Cauda Epididymitis. Bei beiden ergab die mikroskopische Untersuchung mit absoluter Sicherheit nicht nur die carcinomatöse Struktur, sondern auch die exakte Übereinstimmung mit dem zur Impfung benutzten Tumor (Hornkrebs). In den Knoten des zweiten Thieres fanden sich auch Mitosen als Beweise des bis zuletzt dauernden Wachsthums.

Eine dritte, von der zweiten aus abgeimpfte Ratte, die noch lebt, hat jetzt nach $2^1/_2$ Monaten einen, die eine Hälfte des Scrotums ausfüllenden harten, höckerigen Tumor und multiple Knoten im Abdomen, wie die Palpation ergiebt.

Alle diese Thatsachen lassen keinen Zweifel an der gelungenen Übertragung, um so mehr, als die Versuchsthiere bei genauer Untersuchung sich frei von primärem Hautkrebs erwiesen. Wenn auch die Transplantationsfähigkeit des Krebses hiermit auf Thiere der gleichen Art erwiesen ist, so verwahrt sich der Vortr. dennoch ausdrücklich gegen die Deutung seiner Resultate im Sinne einer infektiösen Ursache des Carcinoms. Die Verbreitung des Tumors im gleichen Körper geschieht unter natürlichen Umständen wie bei der Impfung durch lebende Epithelien.

Das Misslingen der früheren Versuche anderer Autoren — nur Novinsky und Wehr haben wahrscheinlich je einmal Erfolg gehabt — erklärt sich durch fehlerhafte Anordnung der Versuche. Verimpfung von Mensch auf Thier und von thierischen Krebsen auf andere Species schaffen unnatürliche Bedingungen, wahrscheinlich auch die Benutzung junger Versuchsthiere. Abgestreifter Krebssaft enthält gewöhnlich die ältesten, weniger lebensfähigen Zellen. Viele Versuche wurden durch Eiterung gestört. Nur die Transplantation in seröse Höhlen entspricht der natürlichen gewöhnlichen lymphatischen Verbreitung, nicht die subkutane Impfung, die eine Wundfläche benutzt und die Beurtheilung des Resultates, wegen der Nachbarschaft des Epithels, trübt. Der gleiche Vorwurf trifft in noch höherem Grade die Transplantation in die Mamma, wie sie Schottelius und v. Kahlden wählten.

---

[1] Der Inguinalkanal der Ratte ist offen.

ng auf Details und theoretische Deduktionen wird auf
e, in No. 9 der Fortschritte der Medicin erscheinende
rs verwiesen. Orig.-Ref.

Hamburg). Bemerkungen zur Behandlung
ung nebst Demonstration von zwei auf
dene Weise operirten Patienten.

zwei wegen gutartiger Pylorusstenose operirte Männer
nt im Anschluss daran Bemerkungen über den Stand-
chen die Chirurgie in der Frage der Pylorusoperation
t.

Der eine der Pat., ein 52jähriger Schlossermeister, hatte 10 Jahre ng an Magenbeschwerden gelitten und circa 1/4 Jahr lang die Speisen erbrochen. Er hatte eine mäßige Ektasie und einen beweglichen Pylorustumor; bei geeigneter flüssiger Diät hörte das Erbrechen nicht auf. Der Magensaft enthielt keine freie Salzsäure. Pat. war, obwohl nicht mehr im Stande, seinen Beruf zu versehen, noch außer Bette, hatte einen regelmäßigen, ziemlich kräftigen Puls und keine sonstigen Erkrankungen. Körpergewicht reducirt auf 87 Pfund. Diagnose, um was es sich handelte, musste unentschieden bleiben, obwohl ein Ulcus mit verdickten Wandungen am wahrscheinlichsten war. Nach Eröffnung des Leibes am 21. December 1888 zeigte sich, dass keine Verwachsungen vorlagen, und es wurde die typische Resektion gemacht, die 1 Stunde 33 Minuten in Anspruch nahm. Ungestörte Heilung. Seit der Operation sind alle Magenbeschwerden verschwunden. Pat. hat seinen Beruf vollständig wieder aufgenommen. Das Präparat zeigte ein Ulcus der kleinen Curvatur nahe dem Pylorus von etwa Markstückgröße mit stark verdickten Magenwandungen. Ein Pyloruslumen fehlte für das Auge. Mikroskopisch fehlten Zeichen für Carcinom.

Der zweite Pat. ist ein 33jähriger Bäcker, welcher, so lange er denken konnte, am Magen gelitten, und seit etwa 2 Jahren die Speisen, Anfangs seltener, später häufiger erbrochen hatte; vorübergehend sowohl Erbrechen von Blut, als Abgang von solchem mit dem Stuhl. Der Magen fasste 2 1/4 Liter Flüssigkeit, die große Kurve stand zwischen Nabel und Symphyse. Nach Entleerung des Magens war rechts vom Nabel und oberhalb desselben im Epigastr. ein taubeneigroßer, wenig verschieblicher Tumor fühlbar, der bei stärkerer Anfüllung des Magens nach rechts und in die Tiefe des Hypochondriums sich verschob, bei entleertem Magen aber nicht über die Mittellinie nach links hin sich bewegte. Der Magensaft enthielt freie Salzsäure. Der Pat., der ziemlich groß ist, war bis zum Skelett abgemagert, hatte aber kein kachektisches Aussehen. Diagnose wahrscheinlich Ulcus mit verdickten Wandungen, mit irgend welchen Verwachsungen, vielleicht Carcinom auf dem Boden eines Ulcus. Nach Eröffnung des Leibes am 6. Oktober 1888 zeigte sich ein taubeneigroßer Tumor,

der fest nach hinten verwachsen war und innig mit dem Colon transversum zusammenhing. Daher wurde auf eine Radikaloperation verzichtet und nach Anlegung einer Magendünndarmfistel, die 50 Minuten Zeit in Anspruch nahm, wieder geschlossen.

Pat. machte eine ungestörte Rekonvalescenz durch, hat 41 Pfund an Gewicht zugenommen, ist in jeder Beziehung mit seiner Verdauung in Ordnung und hat schon lange seinen früheren Beruf wieder aufgenommen.

L. behandelte bisher 20 Pylorusstenosen operativ, von denen 11 auf Carcinom, 7 auf Ulcus beruhten — davon 5 mit verdickten Pyloruswandungen —, eine durch Duodenalstenose vorgetäuscht wurde, die sich klinisch nicht von der Pylorusverengerung unterscheiden lässt, während ein Fall bedingt war durch einen großen Gallenstein, der von außen her den Pylorus verlegt hatte. In diesen 20 Fällen war L. in der Lage, seine vorher gestellte Diagnose mit dem Befund nach Eröffnung der Bauchhöhle vergleichen zu können. Es ergaben sich daraus folgende Erfahrungen.

Man kann niemals vor Eröffnung des Leibes genau bestimmen. ob eine Operation ausführbar, resp. welche.

Aus der Verschieblichkeit der Pylorustumoren und ihrem Stande bei leerem und bei gefülltem Magen sind bestimmte Schlüsse zu ziehen auf etwaige Verwachsungen und auf die Länge resp. Nachgiebigkeit des Duodenums, welche vom chirurgischen Standpunkte aus sehr wichtig sind. Bei leerem Magen weicht der Pylorustumor am weitesten nach links, bei fehlenden Verwachsungen steht er oberhalb des Nabels, nach links von der Mittellinie. Man thut gut, die Palpation des Magens resp. seines Tumors stets bei leerem Magen auszuführen. Manchmal gelingt es überhaupt nicht, einen vorhandenen Tumor zu fühlen. Dies kann bedingt sein durch Verwachsung mit der unteren Leberfläche oder kurzes Duodenum. Die Pylorustumoren, welche durch Ulcus bedingt sind, pflegen stärkere Verwachsungen zu zeigen als die Carcinome, welche in der Regel in viel kürzerer Zeit wachsen. Die Verwachsung mit dem Mesocolon resp. Colon transversum ist charakteristisch für die gutartigen Pylorustumoren; dieselbe gestattet wegen der Länge des Mesocolon noch recht beträchtliche Dislokationen des Tumors, jedoch in der Regel nicht nach links über die Mittellinie. Die Beweglichkeit des Pylorus scheint conditio sine qua non der Verdickung der Pylorusmuskulatur. Man findet dieselbe nicht bei Stenosen, die an dem normalen Standorte des Pylorus unbeweglich fixirt sind. Bei letzteren findet man die hochgradigsten Formen der Ektasie — 3—$3^1/_4$ Liter Fassungsvermögen. Der kleinste der beobachteten Magen fasste nur $^1/_4$ Liter, sein Pylorus stand ziemlich unbeweglich nach links von der Mittellinie, in der Höhe des neunten Rippenknorpels. Carcinome und Ulcera können das Pyloruslumen vollkommen verschließen, so dass es für das Auge zu fehlen scheint. Eine vollkommene Verwachsung des Lumens kommt in der Regel nicht vor. Ein solcher Verschluss des Pyloruslumens für das Auge

resp. eine sehr hochgradige Verengerung wurde in denjenigen Fällen gefunden, wo während des Lebens bei Verabreichung einer geeigneten flüssigen Diät das Erbrechen nicht aufhörte. Bei noch durchgängigem Pylorus pflegte stets bei dieser Diät das Erbrechen zu sistiren.

Für die Differentialdiagnose, ob Ulcus mit verdickter Wandung oder Carcinom, ist die mikroskopische so wie die chemische Untersuchung, obwohl beide für eine überhaupt bestehende Erkrankung werthvoll, nicht zu verwerthen. Freie Salzsäure findet man bei Carcinom, während sie bei Ulcus fehlen kann. Sehr wichtig ist aber, abgesehen von der Anamnese, die bestehende Kachexie resp. Anämie, namentlich bei Männern. Bei Pylorusstenose, bedingt durch Ulcus, sind oft die extremsten Grade der Abmagerung vorhanden ohne Spur von Anämie oder Kachexie.

3 Operationen stehen, abgesehen von der Operation nach Loreta, die in Deutschland Eingang nicht gefunden hat, zur Verfügung. Um dieselbe haben sich Billroth und seine Schule die größten Verdienste erworben.

1) Die Plastik nach Heineke-Mikulicz, welche für gutartige Stenose ohne verdickte Wandungen geeignet ist und auf einem bekannten Princip der plastischen Operationen beruht. Sie ist weniger gefährlich, als die Pylorusresektion, aber bisher im Ganzen seltener ausgeführt, als die beiden folgenden Operationen.

2) Die Anlegung der Magendünndarmfistel nach Wölfler. Sie eignet sich für Fälle von Ulcus mit oder ohne Verdickung der Muskulatur, so wie für Carcinome, deren Radikaloperation als zu eingreifend erscheint nach Eröffnung der Bauchhöhle. In Fällen von gutartiger Pylorus- oder Duodenalstenose kommt sie, was den Erfolg anlangt, der Pylorusresektion sehr nahe. Bei Carcinom beseitigt sie das Erbrechen, das faulige Aufstoßen, überhaupt den Theil der Magenbeschwerden, die von Stagnation der Ingesta abhängen, auch mitunter die Obstruktion. Das Carcinom wächst natürlich weiter, daher ist die Indikation zu diesem Eingriff erst noch genauer zu fixiren. Sie ist viel weniger gefährlich und kürzer dauernd als die Pylorusresektion. Von 9 Fällen des Vortr. überlebten 7 die Operation kürzere oder längere Zeit.

3) Die Pylorusresektion, die radikale Entfetnung der Pylorusstenose, geeignet für Ulcus und Carcinom, von geradezu idealem Erfolge, wenn sie gelingt. Sie ist ein schwerer Eingriff, der eine bestimmte Widerstandsfähigkeit des Kranken verlangt. Stark herabgekommene, bettlägerige Kranke, mit schlechter Herzthätigkeit, Kachexie, Ödem der Füße etc. eignen sich nicht mehr für diese Operation.

Die Statistik giebt im Allgemeinen 75 % Mortalität an, bei einzelnen Operateuren ist sie besser. Sie setzt sich zusammen aus etwa 150 Operationen von 30 Operateuren. Eine Besserung ist jetzt nach Feststellung der Technik entschieden zu erwarten gegenüber den ersten, jetzt vergangenen 10 Jahren. Namentlich wird ein Zusammen-

arbeiten der inneren Medicin und Chirurgie auf diesem Gebiete den Pat. mit Pylorusstenose wesentlichen Nutzen bringen.

Orig.-Ref.

Diskussion: Leube (Würzburg): L. fragt, wie es mit der Verwachsung des Tumors im zweiten Falle gestanden habe, da er die Lokomotion, die die aufgehängte Zeichnung zeigt, nicht verstehe. —

Lauenstein (Hamburg): L. erwiedert, dass die betr. Zeichnung sich nicht auf den vorgetragenen Fall beziehe. —

Leube (Würzburg): L. fragt dann, welches die subjektiven Erleichterungen wären, die die Pat. nach der Enterostomia empfinden. —

Lauenstein (Hamburg): Nach der Operation höre Erbrechen, Aufstoßen, fauliger Geschmack, Druckgefühl auf. —

Curschmann (Leipzig): C. glaubt, dass die Operation bei Pyloruscarcinomen, die bereits palpabel sind, wohl meist zu spät komme, da dann sekundäre Erkrankungen fast immer schon vorhanden sind. Er räth, in solchen Fällen früher vorzugehen d. h. eine ja meist ganz ungefährliche Probelaparotomie zu machen.

Bessere Resultate verspricht er sich von der Operation bei gutartiger Pylorusstenose. —

Leyden (Berlin): L. sieht bei gutartigen Verengerungen des Pylorus die Operation erst als das Ultimum refugium an, das erst, wenn alle Methoden der internen Therapie erschöpft sind, in Frage kommen dürfe. Was die Carcinome anlangt, so sei erst zu beweisen, dass durch die Operation das Leben der Pat. in der Mehrzahl der Fälle erheblich verlängert wird, und sich nicht qualvoller gestaltet als vorher. Schließlich macht Redner noch auf die Schwierigkeiten der Diagnose aufmerksam. —

Curschmann (Leipzig): C. stimmt bezüglich der Behandlung der gutartigen Pylorusstenosen mit Leyden überein, sieht aber bei Carcinom die einzige Rettung in frühzeitiger Operation. —

Lauenstein (Hamburg): L. glaubt, dass auch bei den hier besprochenen Erkrankungen sich aus dem Zusammenarbeiten von inneren Klinikern und Chirurgen Fortschritte erzielen lassen werden.

M. Cohn (Berlin).

---

9. **Karl Roser** (Hanau). Vorstellung eines Falles von operirtem Larynxcarcinom.

Es handelt sich um eine 42jährige Pat., welcher der Vortr. wegen eines ausgedehnten und nach außen durchgebrochenen Carcinoms in zwei Sitzungen im November und December vorigen Jahres den ganzen Kehlkopf nebst Zungenbein, vorderer und seitlicher Schlundwand und einem Theil der beiden Schilddrüsenhälften weggenommen hat.

Man sieht jetzt die hintere Schlundwand frei zu Tage liegen. Die lippenförmige Überhäutung des großen, ganz offen gehaltenen Defektes ist ringsum vollendet. Keine Spur von einem Recidiv. Dicht über dem Sternum mündet die in die Trachea eingeführte

Kanüle und $1^1/_2$ cm oberhalb derselben erkennt man den Eingang in den Ösophagus. Hier wurde der Pat. schon seit 6 Monaten täglich mehrmals flüssige Nahrung (c. 5 Liter innerhalb 24 Stunden) eingegossen. Pat. hat sich seit der Operation recht gut erholt; wenn sie trotzdem noch etwas blass und mager aussieht, so glaubte dieses der Vortr. darauf zurückführen zu dürfen, dass Pat. nun schon seit einem halben Jahre keinen Speichel mehr hat hinunterschlucken können: darunter muss ihre Verdauung gelitten haben. Demnächst soll nun durch eine plastische Operation die Kommunikation zwischen Mund und Ösophagus wieder hergestellt werden. Auf eine Wiederherstellung der Luftpassage durch den Mund darf dagegen ganz verzichtet werden, denn die Pat. ist, trotzdem dass augenblicklich nicht eine Spur von Luft aus der Trachea in die Mundhöhle passiren kann, sehr gut im Stande, sich durch ihre Flüstersprache verständlich zu machen.

Orig.-Ref.

---

10. Georg Rosenfeld (Breslau). Demonstration eines neuen Bacillus in Kommaform.

Der Pilz, den ich mir zu demonstriren erlaube, hat in so fern einen Zusammenhang mit der inneren Medicin, als er bei Gelegenheit der Untersuchung einer jauchigen Empyemflüssigkeit gefunden wurde. Seine makroskopischen Eigenschaften sind folgende: Er wächst auf den gewöhnlichen Nährböden ausgezeichnet, so auf Gelatine, Agar-Agar, Glycerin-Agar-Agar, Milch-Agar-Agar, Kartoffeln, Bouillon, Milch. Sein Wachsthum auf Agar erzeugt auf demselben eine orangefarbene oder braune, dünne Haut, welche an den Rändern rundlich ausgezackt ist, und in den mittleren Theilen niedrige Falten aufweist. Die trocken aussehende Kultur überschreitet oft um einen halben Centimeter den Impfstrich. Bei Übertragung nur spärlicher Pilzmengen kommt es auch zur Ausbildung von kreisförmigen Herden.

Auf Glycerin-Agar zeigt er gleiches Verhalten, nur ist die Farbe ein weniges dunkler. Auf Milch-Agar entwickelt sich ein üppiges Wachsthum, wobei es scheint, als ob der Pilz auch in die oberflächlichen Schichten des schräg erstarrten Milch-Agar hineinwachse, wie sich dies beim Abheben der Kultur mit der Platinnadel erkennen lässt. Sein Gelatinewachsthum ist folgendes: In Gelatineplatten zeigen sich die Herde auf schwarzem Grunde gelb, auf weißem tief orangefarben; der Kontour ist rund bei kleinen Herden; größere zeigen sich als wulstige Kugeln; die Farbe ist unter dem Mikroskop gelb; die Substanz der Herde ist schwach granulirt.

In Gelatinegläsern ist das Wachsthum des Pilzes charakteristisch; in den ersten Tagen findet sich über dem weißbleibenden Stich ein orangefarbenes flaches Knöpfchen; dieses Knöpfchen sinkt dann ein und es bildet sich allmählich ein immer tieferer, bauchiger Trichter in der Gelatine, welcher an den Wänden von kupferfarbenen Pilzrasen überzogen ist. Der Innenraum des Trichters enthält zu-

nächst keine Flüssigkeit, und erst wenn der Trichter ca. einen Centimeter lang geworden ist, sammelt sich am Grunde des Trichters etwas verflüssigte Gelatine. Dieser Vorgang ist natürlich nur eine Modifikation des gewöhnlichen Verflüssigungsprocesses, wobei nur die verflüssigte Masse durch Verdunstung entfernt wird, wie sich das leicht erkennen lässt, wenn man die Verdunstung durch Zuschmelzen des Kulturglases ausschließt.

Auf Kartoffeln bildet er goldorangefarbene, trocken aussehende, langsam wachsende Bezüge.

In Bouillon bildet er öfters Häutchen an den Wänden und der Oberfläche; diese — übrigens weißen — Häutchen sinken allmählich herab und bilden ein lockeres, leicht gelbliches Sediment. Einen sehr gefälligen Eindruck macht das Wachsthum auf Milch, wo er an der Oberfläche ein immer dicker werdendes orangefarbenes Häutchen bildet, während sich ein eben so gefärbtes Sediment ausbildet. Zugleich bekommt die mittlere Schicht der Milch eine leicht rosige Färbung.

Das mikroskopische Verhalten des Pilzes ist in manchen Punkten interessant; untersucht man nämlich Gelatine- und Agarkulturen, welche bereits mehrere Tage alt sind, so findet man ein einheitliches Auftreten von Kommaformen, welche dem Finkler-Prior'schen Kommabacillus am nächsten stehen. Gleichwohl haben wir es hier nicht mit einem Spirillum, wie der erwähnte Finkler-Prior'sche Pilz es ist, zu thun, sondern es liegt hier ein Bacillus vor, der in der weitaus größten Zeit seines Lebens mit großer Regelmäßigkeit als Komma erscheint. Sein erster Entwicklungszustand ist nämlich der eines kurzen ovoiden Stäbchens, von denen öfter zwei, in der Längsrichtung einander folgend, zusammengehören. Erst vom vierten Tage etwa an zeigen sich auf Agar die Kommaformen, welche dann vom sechsten oder siebenten Tage an der fast ausschließliche Bestandtheil des mikroskopischen Bildes bleiben. Die Krümmung der Kommas geht oft bis zur Halbkreisform, auch finden sich wohlausgebildete S-Formen. In dieser Gestalt verharrt die Agarkultur des Pilzes. Auf Milch-Agar geht die Entwicklung der Kommaformen etwas rascher und führt zu unregelmäßigen Spiralformen. Diese Spiralformen sind eben so stark färbbar, wie die Kommata und anscheinend homogen; behandelt man sie aber nach der Färbung mit etwas heißem Wasser, so zeigt sich in der ganzen Länge des welligen Fadens eine Körnelung, welche am meisten an die Kokkotrixform des Tuberkelbacillus erinnert. Etwas später findet sich ein Stadium, in welchem diese welligen Formen den Farbstoff deutlich schwächer annehmen.

Auf Gelatine wird nach Wochen ein letztes Stadium erreicht, indem alsdann die Kultur aus lauter kugeligen Körnchen zusammengesetzt erscheint. Nur ganz spärlich findet sich dann noch hier und da ein schwach gefärbtes Komma dazwischen. Die Bedeutung dieser letzten Stufe ist nur im negativen Sinne etwas näher zu definiren. Ihrem Farbverhalten nach sind die Körner wohl kaum als Sporen

aufzufassen, da sie bei der Fuchsin-Methylenblausporenfärbung sich blau färben. Ihre Lebensfähigkeit wird wie die der Kommata durch 10 Minuten langes Erhitzen auf 80—90° Celsius zerstört. Wird eine solche Körnchenkultur auf frischen Agar übertragen, so ist sie zwar — selbst nach 130 Tagen — noch zu neuem Wachsthum zu bringen, aber es geht doch eine beträchtliche Anzahl der geimpften Agargläser nicht an. Dabei ist es zweifelhaft, ob nicht die mit überimpften, äußerst spärlichen Kommata die eigentlichen Keime der neu gewachsenen Kulturen sind. Gießt man von diesen Körnchenkulturen Gelatineplatten, so unterscheiden sich diese allerdings nicht von anderen Platten von Kommakulturen.

Von Farbstoffen nimmt der Bacillus die meisten gewöhnlichen in wässeriger, Anilin-, Karbol- und essigsaurer Lösung an — am schwächsten wässeriges Bismarckbraun — färbt sich aber wohl am besten, wenn er unter gelindem Erwärmen mit sehr verdünnter Methylviolett- oder Karbolfuchsinlösung im Farbtropfen behandelt wird.

Betreffs der Beweglichkeit ist es mir nicht gelungen, eine solche wahrzunehmen.

Pathogene Wirkung entfaltet er, wenn er Kaninchen subkutan in die Pleura, oder in das Abdomen, oder in den Magen entweder mit oder ohne Alkalisirung eingeimpft wird, durchaus nicht. Hervorzuheben ist noch, dass Agar-Milch- und Gelatinekulturen in geringem Maße einen faden, putriden Geruch aufweisen. Orig.-Ref.

---

11. Finkelnburg (Bonn). Über bodenständige Verbreitungsverhältnisse der Tuberkulose in Deutschland. Mit Demonstrationen.

Vortr. hat eine statistische Untersuchung über die Verbreitungsweise der Tuberkulose in Deutschland angestellt mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der klimatischen und Bodenverhältnisse. Zur Vergleichung hat Verf. die Sterblichkeitsverhältnisse der weiblichen Bevölkerung in den Landgemeinden herangezogen.

Als erstes Resultat stellt F. fest, dass eine gesetzmäßige oder überhaupt direkte Beziehung zwischen der Verbreitungsintensität der Tuberkulose bei der weiblichen Bevölkerung und der Wohndichte nicht besteht.

Weiter ergiebt sich die Thatsache, dass überall im Westen und im Süden Deutschlands, wo Moorboden in erheblicher Ausdehnung vorhanden ist, die betreffenden Kreise sich durch erhöhte Sterblichkeit an Tuberkulose gegen die Nachbarkreise hervorthun.

Sehr gering ist die Phthisissterblichkeit an der Seeküste. In Gebirgsgegenden ist dieselbe von der Bodenbeschaffenheit in der Weise abhängig, dass überall da, wo Wasserablauf und Wasseraustausch in leichter Weise von statten gehen, die Verhältnisse sich günstiger gestalten.

Bemerkenswerth ist bei einem Vergleich der Phthisistodesfälle

nach Altersklassen die Thatsache, dass in den ungünstig disponirten Bezirken das kindliche und halberwachsene Lebensalter im Verhältnis zu den Erwachsenen stärker betroffen wird als in den günstig gestellten Bezirken. Dieses Resultat spricht eben so für Annahme einer angeborenen Disposition wie für das Vorhandensein einer endemischen Schädlichkeit.

Einen günstigen Einfluss der Höhenlage konnte Verf. nur bei gleichzeitig vorhandenem freiem Wasserabfluss konstatiren. Für einen direkten Einfluss des Höhenklimas liefert die Statistik in Deutschland keinen Beleg.

Eine ausführliche Publikation seiner Untersuchungen stellt Verf. in Aussicht. **M. Cohn** (Berlin).

---

12. v. Ziemssen (München). Über die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen und das zeitliche Verhalten der einzelnen Phasen der Herzrevolution.

Der Vortr. hatte Gelegenheit, einen dem früher beschriebenen Falle Katharina Serafin ganz analogen Fall von freiliegendem Herzen an einem 14jährigen Knaben zu beobachten, an dem im Jahre 1885 durch Prof. Helferich (jetzt in Greifswald) die Resektion der über dem Herzen gelegenen Rippen und Rippenknorpel wegen eines Fibrosarkoms gemacht worden war. Das Herz liegt ziemlich frei und lässt sich in großer Ausdehnung palpiren.

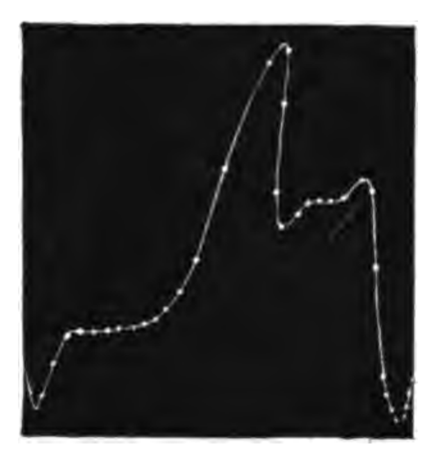
Die in Verbindung mit Hofrath Dr. v. Maximowitsch aus Warschau vorgenommene Untersuchung über die Herzbewegung und die Ausmessung der Dauer der einzelnen Phasen der Herzrevolution geschah mittels des Knoll'schen Polygraphen, dessen Aufnahmstrommel mittels eines elastischen Bandes, das um den Thorax geschnallt wurde, so über dem Herzen befestigt wurde, dass die Pelotte die Herzspitze und event. andere Theile des Herzens und der großen Gefäße berührte. Diese Befestigungsart, welche sonst große Vortheile vor dem einfachen Hinhalten besitzt, hat allerdings einen Nachtheil für die Gleichmäßigkeit der Kurven, nämlich den, dass bei der inspiratorischen Hebung des Thorax der Aufnahmsapparat resp. dessen Pelotte sich etwas von dem Herzen entfernt, so dass die während der Inspiration geschriebenen Kurven an Größe und Deutlichkeit abnehmen.

Die Übertragung auf den Knoll'schen Registrirapparat geschieht durch die Luftsäule im Gummischlauche. Zur Aufschreibung dient das Ludwig'sche Kymographion.

Zur Zeitmessung benutzen wir einen Apparat, welcher sich an den seiner Zeit von Prof. Grashey für die Sphygmographie angegebenen Apparat anlehnt. Er besteht aus einer Bunsen'schen Batterie, einem Elektromagneten zu einer Stimmgabel mit 36 Schwingungen in der Sekunde, einem Ruhmkorff'schen Funkeninduktor, einem Dubois-Schlüssel und der diese Apparate unter einander,

mit der metallenen Spitze des Schreibhebels und dem Kymographion verbindenden Leitung. Jede Schwingung der Stimmgabel lässt bei der Kettenöffnung einen Funken von der Spitze des Schreibhebels durch das berußte Papier auf die metallene Trommel des Kymographion durchschlagen. Es gehen also 36 Funken in der Sekunde, den Aufschreibungen der Schreibhebelspitze folgend, durch das Papier und jeder Funke hinterlässt durch die Verbrennung der Kohlepartikel der Berußung einen weißen Punkt. Jedes Intervall zwischen 2 Funkenmarken repräsentirt also (bei 36 Funken per Sekunde) einen Zeitabschnitt von 0,028 Sekunde[1].

Fig. 1.



Man kann nach dieser Methode die Dauer jeder einzelnen Phase der Herzrevolution aus der Zahl der Funkenintervalle auf die einfachste Weise berechnen.

Als Typus des einfachen Cardiogramms vom Spitzenstoße legt Vortr. die nachstehende Kurve (Fig. 2) vor.

Fig. 2.



Die sanft aufsteigende Linie *a*—*b* repräsentirt die Herzpause und die Kontraktion der Vorhöfe. Diese Phase, welche wir als »Herzfüllungszeit« bezeichnen, ist in Betreff ihrer Dauer großen Schwankungen schon innerhalb physiologischer Grenzen unterworfen, in so fern mit zunehmender Frequenz der Herzkontraktionen die Dauer

[1] Fig. 1 giebt die Originalkurve nur unvollkommen wieder; die Funken sind im Allgemeinen zu groß und stehen nicht überall in richtiger Entfernung. Verf. muss in dieser Beziehung auf die demnächst im Deutschen Archiv für klin. Med. erscheinende ausführliche Publikation verweisen, und will durch die vorstehende Figur nur die Methode der elektrischen Zeitmessung veranschaulichen.

dieser Phase abnimmt, mit Verlangsamung der Herzaktion aber zunimmt.

Bei starker Alkoholwirkung (300 g Sherry) stieg der Puls des Knaben von 80 auf 112 Schläge; dabei sank die Dauer der »Füllungszeit« von normal 0,25 Sekunde (bei 80 Pulsen) auf 0,18 Sekunde.

Andererseits stieg mit Verlangsamung der Herzaktion durch mehrtägige Digitalisdarreichung (1,5 Pulv. Fol. Digit. in 3 Tagen) die Dauer der Füllungsperiode von 0,25 auf 0,46 Sekunde, also fast auf das Doppelte.

Dieser variablen Größe der Füllungsperiode gegenüber verhält sich die Phase der Ventrikelkontraktion ziemlich stabil in Bezug auf ihre Dauer. Die Ventrikelkontraktion umfasst im Cardiogramm die Vorgänge von *b*—*c'*, also

1) *b*—*c* den wachsenden Kontraktionszustand des Ventrikels bei geschlossenen Klappen (Verschlusszeit nach Martius);

2) *c*—*c'* den Kontraktionszustand mit abnehmendem Volumen des Ventrikels bei offenen Semilunarklappen (Phase des Aorten- und Pulmonalarterieneinstromes; Austreibungszeit nach Martius).

3) Die Kontraktions-»Verharrungszeit« und die Semilunarklappenschlüsse.

Die Dauer der Phasen *b*—*c* und *c*—*c'* schwankt innerhalb sehr enger Grenzen: bei beschleunigter Aktion, besonders bei Alkoholwirkung, laufen sie etwas rascher ab, bei langsamer, z. B. bei Digitaliswirkung, etwas langsamer.

Die Periode der Kontraktionsverharrung und der Semilunarklappenschlüsse rechnet Ref. von *c'*—*e*. Die Erhebung der Kurve von *c'* zu *d* ist eine sehr regelmäßige; sie beträgt etwa $1^1/_2$—2 Funkenintervalle (0,04—0,06 Sekunde).

Die Phase *d*—*e* repräsentirt den Schluss der Aortenklappen (*d*) und der Pulmonalarterienklappen (*e*) und zeigt eine Dauer von circa 0,17 Sekunde.

Die Respiration hat auf Form und Dauer dieser 2 Elevationen einen entschiedenen Einfluss, auf die Ref. aber bei der Kürze der Zeit nicht näher eingehen kann.

Die Periode der Diastole der Ventrikel (*e*—*f*) zeigt eine relativ große Konstanz in ihrer Dauer, welche zwischen 0,08 und 0,1 Sekunde schwankt.

Ref. demonstrirt zum Schluss einige Kurven, welche den Ablauf der Herzrevolution unter normalem Verhalten des Herzens, dann unter dem Einflusse von Alkohol, Chloralhydrat und Digitalis illustriren.

Orig.-Ref.

13. Krehl (Leipzig). **Untersuchungen über den Druckablauf in den Herzhöhlen und den Arterien.**

Vortr. untersuchte mit Dr. von Frey den Druckablauf in der Aortenwurzel des Hundes; er wurde verglichen mit dem Druckablauf im linken Ventrikel einerseits und mit dem in der Aorta descendens andererseits. Die Drücke wurden mit einem Gummimanometer eigener Konstruktion aufgeschrieben. Der Druck in der linken Herzkammer steigt steil und fällt sofort, nachdem er sein Maximum erreicht hat, unter Null. Die maximale Höhe, welche erreicht wird, wächst mit der Füllung und den Widerständen. Sekundäre Zacken sieht man an der Druckkurve nicht, eben so wenig wie am Cardiogramm. Die Klappenschlüsse sind an beiden nicht ausgeprägt. Der Druck in der Aorta beginnt später zu steigen als im Ventrikel; wenn er höher ist, als in diesem, werden die Semilunarklappen geschlossen. Mehr oder weniger bald nachher sieht man in der Aortenkurve noch ein zweites Druckmaximum, die »dikrote« Welle.

Dieselbe ist im Allgemeinen deutlicher bei niedrigem Blutdruck, weil sie dann größer ist und weiter vom ersten Maximum entfernt liegt. Bei Druckerhöhung (z. B. durch Reizung des vorher durchschnittenen Rückenmarks) steigt die zweite Welle am katakroten Schenkel empor und verschmilzt schließlich mit dem ersten Maximum. In diesem Fall tritt sie ein, ehe die Aortenklappen geschlossen werden; daraus folgt, dass ihre Entstehung weder mit dem Schluss der Aortenklappen zusammenhängen, noch an geschlossene Aortenklappen geknüpft sein kann. Die Thatsache, dass beide Maxima verschmelzen können, ist schwer verständlich bei den Vorstellungen, die man von der Ausbreitung des Blutes in den Arterien hat. Untersucht man gleichzeitig den Druckablauf an zwei Stellen der Aorta, so sieht man, dass sofort mit dem Einströmen des Blutes in die Aortenwurzel ein Stoß durch die ganze Länge der Aorta abläuft, dann erst erfolgt der Ablauf der Bergwelle. Man wird die Entstehung der dikroten Welle um so eher auf diesen Stoß zurückführen, als man nachweisen kann, dass der Verlauf dieser Welle von der Peripherie nach dem Centrum zu geschieht; man wird danach die dikrote Welle für eine peripher reflektirte halten. Damit stimmt auch überein, dass sie bei Druckerhöhung in der Aorta sich dem ersten Maximum nähert; denn wie Grunmach gezeigt hat, wächst die Fortpflanzungsgeschwindigkeit von Schlauchwellen mit der Spannung der Wände. Bei Vagusreizungen liegt die reflektirte Welle auch bei mittelhohem Druck nahe dem Hauptgipfel, weil das Herz sich langsamer entleert. Kehrt die dikrote Welle in dem Augenblick in die Aortenwurzel zurück, in dem das Herz gerade aufgehört hat, sich zu entleeren, so wird der Puls anakrot; der Druck steigt noch nach beendeter Entleerungszeit.

Orig.-Ref.

Diskussion: M. v. Frey (Leipzig): F., der mit Krehl zusammen gearbeitet hatte, macht auf die Übereinstimmung der von

ihnen und von von Ziemssen erzielten Resultate bei Anwendung verschiedener Methoden aufmerksam.

---

14. H. Krause (Berlin). Über die Erfolge der neuesten Behandlungsmethoden der Kehlkopftuberkulose.

Der Vortragende beabsichtigt, im Wesentlichen auf die chirurgische Therapie der Kehlkopftuberkulose einzugehen und möchte von vorn herein dem Glauben an die Fremdartigkeit eines solchen Vorgehens dadurch den Boden entziehen, dass er darauf hinweist, wie der Kehlkopf durch die Laryngoskopie in die Reihe der dem Chirurgen direkt zugänglichen Organe gerückt ist. Darum ist auch für den Kehlkopf eben so wie für die äußere Haut die Absicht zulässig, dem tuberkulösen Processe in seinem Fortschreiten durch blutige Eingriffe Einhalt zu thun. K. erwähnt, dass der erste Schritt zu einem energischeren Vorgehen von M. Schmidt im Jahre 1880 ausgegangen sei, dass dessen Vorschläge aber zunächst fast völlig unbeachtet geblieben seien. Was die Milchsäure betrifft, so seien seine Erfahrungen über dieselbe nach nunmehr 4jährigem Gebrauche dieselben geblieben, wie die zuerst mitgetheilten. K. betont die Nothwendigkeit einer energischen Kontaktwirkung des Mittels auf die Geschwüre, welche nicht selten vernachlässigt werden. Die Klagen über die Schmerzhaftigkeit der Säure seien übertrieben, der Schmerz sei derselbe wie immer bei der Auftragung eines Ätzmittels auf ein Geschwür, und lasse nach, sobald das Geschwür sich verschorft. Aber es werden oft unnöthige Schmerzen durch zu starke Lösungen und zu starke Verreibung bereitet. Die Säure leiste in der Mehrzahl der schweren Larynxphthisen recht befriedigende Resultate; selbst gegen die Pharynxtuberkulose habe sie sich mächtig erwiesen. Die Tracheotomie, von M. Schmidt empfohlen, hat K. einige gute Erfolge ergeben; sie müsse aber doch, nicht bloß in Fällen mit ausgebreiteten Lungenprocessen, Bedenken erregen, weil die Kanüle in den meisten Fällen nicht wieder entfernt werden könne. Über das »Curettement« von Heryng kann K. sehr Günstiges berichten. Der Vortragende führt das Resultat von 71 Fällen an, die so behandelt wurden. K. übt diese Methode jetzt seit 3 Jahren mit noch besserem Erfolge, seitdem er seine schweren Kranken unter klinischer Beobachtung halten kann. In den Jahren 1885—1888 inkl. fanden sich: in 1885 unter 607 poliklinischen Pat. 40 leichte (Paresen und Katarrhe bei ausgesprochener Lungentuberkulose) und 25 schwere (Erosionen, Geschwüre, Infiltrate etc.), im Ganzen 65 Fälle. In 1886 unter 986 Pat. 46 leichte und 67 schwere, im Ganzen 113 Fälle. In 1887 unter 1363 Pat. 65 leichte und 84 schwere, im Ganzen 149 Fälle. In 1888 unter 2285 Pat. 127 leichte und 113 schwere, im Ganzen 240 Fälle, also ungefähr 11 % aller Hals- und Nasenkranken seiner Poliklinik. Die schweren Fälle belaufen sich insgesammt auf 289. Davon sind bis Ende 1888

curettirt worden 58, wozu noch aus der Privatpraxis 13 Fälle hinzukommen, also zusammen 71. Von den 71 Kranken sind geheilt resp. wesentlich gebessert und frei von Beschwerden entlassen 43. (Die Heilungen sind nicht immer durchaus im anatomischen Sinne aufzufassen, da bei wiederholten Sektionsbefunden sich an schwer zugänglichen Stellen noch unbenarbte Geschwüre gefunden haben.) Von diesen 43 sind noch am Leben und im Zustande wie bei der Entlassung 28, gestorben sind 7, aber keiner an den Folgen der Larynxtuberkulose; das Schicksal von 8 ist ungewiss. Ungeheilt gestorben sind 8, ungeheilt fortgeblieben 8, ungeheilt und noch in Behandlung 12. Ohne Recidive sind nach bisheriger Feststellung 16 geblieben, von Recidiven befallen 15.

Das Heryng'sche Verfahren ist vornehmlich angezeigt bei stark wuchernden Geschwüren und ausgedehnten Infiltraten. K. räth zu möglichst ausgiebiger Excision der infiltrirten und wuchernden Partien und demonstrirt die von ihm konstruirte Doppelcurette. Es werden verschiedene Operationsverfahren erwähnt, welche sich bewährt haben (cf. Original), darauf einige bemerkenswerthe Fälle von Heilungen mitgetheilt, unter diesen einer mit Pharynxtuberkulose, von welchem ein Präparat mit ausgedehnter Narbenbildung demonstrirt wird.

Resumirend bemerkt K., dass den Heilungen gegenüber eine Reihe weniger günstiger und ungünstiger Fälle stände. In den ungünstigen Fällen handle es sich in der Regel um stark entwickelte Kachexie, hektisches Fieber, weit vorgeschrittene Processe in Lunge und Kehlkopf. In diesen sei gewöhnlich auch die Tendenz zu üppiger, schwammiger Wucherung der Geschwüre vorhanden. Indessen soll man auch in solchen Fällen nicht von vorn herein an dem Erfolge verzweifeln, da auch hier zuweilen noch Heilung oder doch wenigstens Stillstand des lokalen Processes erzielt werde. Freilich nicht bloß durch lokale Therapie. Es bedarf hierzu auch besonders sorgfältiger Regelung der hygienischen und diätetischen Lebensbedingungen, welche mit einer gewissen Vollkommenheit nur im Specialhospital zu erreichen ist. K. plädirt wärmstens für Errichtung solcher Hospitäler, indem er sich auch auf Beschorner beruft, welcher einen bahnbrechenden Fortschritt der lokalen Behandlung nur anerkennen will, wenn Volks-Sanatorien gebaut würden. K. warnt vor dem unterschiedslosen Verschicken der Kehlkopfphthisiker — ausgenommen solche mit initialen Symptomen und Rekonvalescenten — nach dem Süden, wo dieselben im Eisenbahnkoupé und in Hôtels ein fragwürdiges Dasein führen.

Orig.-Ref.

Diskussion: Scheinmann (Berlin): Redner erörtert kurz die Anschauungen, die bei Behandlung der Larynxphthise in der königl. Universitäts-Poliklinik in Berlin maßgebend sind. Im Allgemeinen basirt dieselbe auf der Anschauung, dass die Methode in jedem einzelnen Falle eine individuell angepasste sein müsse. Die Verwendung

der Milchsäure, des Menthols und des Curettements einzeln oder kombinirt ist üblich. Bei ganz schweren Fällen wird von der Anwendung der Milchsäure abgesehen.

---

15. H. Leo (Berlin). Über den Gaswechsel bei Diabetes mellitus.

L. hat bei einer größeren Zahl von Diabetikern, welche der III. medic. Klinik resp. medic. Poliklinik von Senator entstammen, Respirationsversuche mit dem von Zuntz und Geppert konstruirten Apparat angestellt. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Pettenkofer und Voit führten diese Versuche zu dem Resultat, dass der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureausscheidung beim Diabetiker sich völlig in den beim Gesunden beobachteten Grenzen bewegen. Dieses Resultat wird noch besonders prägnant dadurch, dass zwei schwer erkrankte Pat. verhältnismäßig hohe Werthe zeigten, einer der leichten dagegen äußerst niedrige. Der letztere Umstand erklärt sich durch den großen Fettreichthum dieses Individuums.

Die Ursache, wesshalb Pettenkofer und Voit bei ihrem schweren Diabetiker abnorm niedrige Werthe für Sauerstoff und Kohlensäure fanden, liegt offenbar in dem Umstande, dass in Folge der schlaffen Muskulatur und allgemeinen Apathie ihres Versuchsindividuums die willkürlichen Muskelbewegungen desselben, welche bekanntlich von wesentlichem Einflusse auf den Gaswechsel sind, während der langen Versuchsdauer ungleich seltener und energieloser sein mussten als beim gesunden. Bei dem Zuntz-Geppert-schen Apparat, wo die Individuen nur kurze Zeit und im Zustande absoluter Ruhe untersucht wurden, fällt dieses Moment weg.

Der Umstand, dass die Ausscheidung unverbrannten Zuckers ohne Einfluss auf den Gaswechsel bleibt, findet seine Erklärung darin, dass die Größe der Oxydation im Körper unabhängig ist von der Größe des ausgeschiedenen unzersetzten Materials, mit anderen Worten: an Stelle des Zuckers fällt beim Diabetiker eine größere Menge Fett und Eiweiß der Zersetzung anheim.

Im Anschluss hieran theilt L. Versuche mit, welche sich gegen die Ebstein'sche Hypothese wenden, der zufolge eine Abnahme des Kohlensäuregehaltes des Blutes und der Gewebe als bedingende Ursache für das Auftreten von Zucker im Urin zu betrachten sei. Nach dieser Hypothese müsste eine Vermehrung des CO_2-Gehaltes in den Geweben des Diabetikers eine Verminderung der Zuckerausscheidung veranlassen. L. ließ daher mehrere Diabetiker längere Zeit eine kohlensäurereiche Luft einathmen, wodurch der CO_2-Gehalt der Gewebe nach P. Bert etc. bedeutend ansteigt, konnte jedoch keine wesentliche Änderung der ausgeschiedenen Zuckermenge konstatiren.

Orig.-Ref.

Diskussion: Ebstein (Göttingen): E. kann nicht anerkennen, dass die von ihm über die Pathogenese des Diabetes aufgestellte Theorie durch die Untersuchungen des Vortr. hinfällig wird, indem

er behauptet, dass der von Leo zu führen gesuchte Beweis durchaus nicht erbracht sei.

16. **Laquer** (Wiesbaden). Ein Fall von Rhinosklerom.

Vortr. stellt einen in den süddeutschen Landen sehr seltenen Fall von Rhinosklerom vor, welcher als im Beginne stehend diagnostisches Interesse darbietet.

Pat., Frau Kr., giebt an ihr Leiden seit 2 Jahren zu bemerken; sie stammt aus gesunder Familie, ist nie ernstlich krank gewesen, ist verheirathet, hat stets gesunde Kinder zur Welt gebracht, nie abortirt, stillt ihr letztes Kind und ist am übrigen Körper vollkommen gesund.

Der Mann hat sich nie luetisch inficirt. Er stammt von gesunden Eltern ab und ist bis auf eine eitrige Kniegelenksentzündung, an der er jetzt leidet, stets gesund gewesen.

Im Herbste 1887 bemerkte Pat. eine langsam sich entwickelnde, zunehmende Verhärtung und Verfärbung einer etwa 5-Pfennigstückgroßen Stelle des rechten oberen Abhangs der Nasenwand und einige Wochen später dieselbe Erscheinung am linken so wie am rechten Nasenflügel; sie konsultirte desshalb verschiedene Ärzte, welche das Leiden theils für Krebs, theils für eine Flechte erklärten; die verschiedenfach angewandten Medikationen hatten aber keinen Erfolg. Inzwischen waren die Kontouren der Nasenflügel verändert, die Nasenspitze war abgeplattet, die Flügel verbreitert; auch war an der linken lateralen Fläche des Septums ein kupferbraunrother harter Knoten aufgetreten, so dass Pat. an Athembeschwerden litt, wegen der sie einen hervorragenden Nasenspecialisten in Frankfurt a/M. konsultirte. Dessen Freundlichkeit verdanke ich die Mittheilung, dass nach dem damaligen Aussehen der Nase die Krankheit als Lupus aufgefasst, die Nase ausgelöffelt und mit Milchsäure geätzt wurde.

Die rhinochirurgische Behandlung brachte aber der Pat. nur vorübergehende Besserung, und jetzt repräsentirt sich Ihnen die Pat. mit dem vollen Umfange ihres Leidens.

Man bemerkt an der Nase (oberen seitlichen Kante, an den Nasenflügeln und am Septum) eine kupferbraunrothe knotenförmige Verhärtung, die, da die Krankheit erst im Beginn ist, nicht elfenbein-, wohl aber fast knorpelhart ist; die Knoten sind gefäßlos und heben sich durch Farbe und Härte von der umgebenden vollkommen normalen Haut ab. Die Knoten sind nur mit der Haut verschieblich, sind glänzend, gefäß-, haar- und follikellos, vollkemmen schmerzlos auch bei starkem Druck und ziemlich scharf begrenzt. Eine entzündliche Reizung ist nicht vorhanden, wenn man von dem zufälligen durch eine nicht ganz aseptische Excision entstandenen leichten Ödem des linken Nasenflügels absieht; nach einigen Tagen ist die übrigens ursprüngliche Härte ohne Weiteres wieder zurückgekehrt. Die Nase sieht abgeplattet und gequetscht aus; Pat. hat auch einen nasalen Ton beim Sprechen und der linke Nasengang ist deutlich

verengt. Gaumen und Zahnfleisch sind frei von irgend welcher Abnormität, eben so Nasen-Rachenraum, Kehlkopf, Lungen [1], so wie die Oberlippe und die äußeren Gehörgänge. Ein Zerfall, eine Ulceration ist nie konstatirt worden, eben so wenig eine Erweichung im Centrum. Messer und Schere dringen in das harte Gewebe außerordentlich leicht ein; ohne eine Reaktion zu hinterlassen heilen die Wunden. Pat. ist am übrigen Körper gesund; sie stillt jetzt ihr gesundes Kind; Narben und Drüsenschwellungen fehlen. Die Behandlung, die in Folge der Gravidität Anfangs nicht eingeleitet werden konnte, bestand in Verabreichung von Jodkali in stärkerer Dosis, von Pyrogallussäure in Form von Salbe und früher in Auslöffelung — ohne irgend welchen Erfolg.

Die diagnostischen Momente, die für Rhinosklerom sprechen, sind folgende:

1) die Lokalisation der Neubildung,
2) ihre Farbe, die Konsistenz, das Aussehen, die Schmerzlosigkeit,
3) die Entwicklung und das sehr langsame Fortschreiten,
4) die Widerstandsfähigkeit gegen die Behandlung,
5) der mikroskopisch-histologische Befund,
6) der Ausschluss jeder anderen Affektion.

Pat. ließ sich einige Tage vor Eröffnung des Kongresses nach hartnäckigem Widerstande herbei, sich einige Stückchen der Neubildung zwecks mikroskopischer Untersuchung excidiren zu lassen, und nachdem eine Untersuchung des gehärteten Präparates kein Resultat geliefert, wurden in Präparaten, die durch Ausquetschung eines frisch geschnittenen Präparates so wie durch Variationen der Färbung von gehärteten Präparaten hergestellt wurden, deutliche, herdförmig angeordnete und sehr charakteristische Rhinosklerom-Bakterien, z. Th. Kokken, Diplokokken mit colloider Hülle, z. Th. kurze dicke Stäbchen gefunden, welche denen von Cornil und Alvarez, Paltauf, Eiselsberg gefundenen Rhinosklerombacillen gleichen und auch auf dem Kongress demonstrirt werden konnten. Der histologische Bau war wegen des leichten Zerfalls der nur sehr minimalen Stückchen schwerer zu erkennen; doch waren deutlich Rundzellenaufhäufung, Gefäßverdickung und größere epithelreiche Zellen, die mit den Miculicz'schen Zellen zu vergleichen sind, zu konstatiren. —

Was die Differentialdiagnose anbetrifft, so konnte man zuerst an Lupus und Lues denken.

Gegen erstere Annahme spricht der Mangel von deutlich sichtbaren Lupusknötchen, der Mangel der Ulceration trotz zweijährigen Bestandes und vorausgegangener Auslöffelung, der fehlende Befund von Tuberkelbacillen, auf die untersucht wurde; gegen Lues: die Widerstandsfähigkeit gegen Jodkali, das Fehlen von Ulceration trotz

[1] Siehe einen von Mibelli veröffentlichten Fall über Rhinosklerom mit peribronchitischer und lobulärer Lungensklerose (Giorn. ital. delle mal. ven. 1888).

zweijährigen Bestandes, das Fehlen von sonst syphilitischen Erscheinungen, Narben, Drüsenschwellungen, die gesunden Kinder etc.

Ferner konnte man noch denken an Rhinophyma, Keloid, Epitheliom, Lepra; gegen Rhinophyma sprechen aber: die Abwesenheit von Gefäßektasien, die kurze Zeit des Bestehens; gegen Keloid die Farbe, das Aussehen, der Ort der Neubildung, der histologische Befund; gegen Epitheliom das Fehlen von Erweichung, von sog. Krebsperlen am Rande, die histologische Struktur; gegen Lepra die ungewöhnliche Lokalisation, das isolirte Auftreten, die Ätiologie.

Kurz, die bei der Pat. vorhandene Neubildung an der Nase ist als beginnendes Rhinosklerom aufzufassen.

Vortr. behält sich die weitere klinische Beobachtung des Falles, so wie die Bearbeitung in bakteriologischer und histologischer Beziehung vor. Orig.-Ref.

17. Dehio (Dorpat). Experimente über die Entstehung des vesikulären Athmungsgeräusches.

Redner macht zuerst darauf aufmerksam, dass die von Baas und Penzoldt aufgestellte Theorie, nach welcher das auskultatorische Phänomen des vesikulären Athmungsgeräusches als ein durch das lufthaltige Lungenparenchym modificirtes Bronchialathmen aufzufassen sei und in letzter Linie von dem im Kehlkopf beim Athmen entstehenden Stenosengeräusch abstamme, viele klinische Thatsachen unerklärt lasse. So sei die Abschwächung des vesikulären Athmungsgeräusches bei Laryngostenose, wo gleichzeitig ein sehr lautes Stenosengeräusch im Kehlkopf entstehe, so wie die Abschwächung des Vesikulärathmens bei Pleuritis sicca, wo in Folge der Schmerzen die kranke Seite geschont werde, nach der Penzoldt'schen Theorie nicht zu verstehen; ferner lasse sich das verschärfte puerile Athmungsgeräusch bei Kindern, wo eine Verstärkung des bronchialen Athmungsgeräusches am Kehlkopf und der Luftröhre nicht vorliege, nach der Penzoldt'schen Theorie nicht erklären. Wenn man endlich am liegenden Menschen die eine Thoraxhälfte schwer belastet oder komprimirt, so dass die Athembewegungen derselben beschränkt oder gänzlich aufgehoben werden, so ist auf dieser Brusthälfte das Athmungsgeräusch bedeutend schwächer als auf der anderen unbeschränkt athmenden, was sich gleichfalls mit der Penzoldt'schen Theorie nur schwer vereinigen lässt.

Vortr. hat daher die Vermuthung gehegt, dass das Vesikulärathmen nicht vom Kehlkopf aus fortgeleitet sei, sondern innerhalb der Lungen selbst erzeugt werde. Diese Vermuthung glaubt er durch folgendes Experiment, das in der Versammlung demonstrirt wird, bestätigen zu können. Eine durch Glycerininjektion getrocknete, aber elastische, leicht aufblasbare Lunge wird vom Bronchus aus durch einen Blasebalg aufgeblasen; das hierbei im Bronchus entstehende bronchiale Geräusch lässt sich dadurch dämpfen und beseitigen, dass

man den Bronchus mit lockerer Watte anfüllt; dann ist beim Auskultiren des Bronchus kein bronchiales Geräusch zu hören und dennoch entdeckt das auf die Lunge aufgesetzte Ohr ein lautes unverkennbares vesikuläres Athmungsgeräusch, so lange Luft in die Alveolen eindringt und die Lunge sich aufbläht. Ref. glaubt hiermit bewiesen zu haben, dass in der athmenden Lunge das vesikuläre Athmungsgeräusch entstehen kann ohne Betheiligung eines laryngealen oder bronchialen Geräusches.

Die Penzoldt'sche Theorie dürfte somit den Thatsachen nicht völlig entsprechen. Man wird wohl zu der älteren Ansicht zurückkehren müssen, dass das vesikuläre Athmungsgeräusch thatsächlich innerhalb der Lunge erzeugt wird. Es fragt sich nun weiter, wie das vesikuläre Athmungsgeräusch innerhalb der Lunge zu Stande kommt. Zur Beantwortung dieser Frage bleiben zwei Möglichkeiten zu prüfen übrig.

Erstens kann man vermuthen, dass der respiratorische Luftstrom irgendwo innerhalb der Luftwege der Lungen in Schallschwingungen versetzt wird, die als vesikuläres Athmungsgeräusch wahrgenommen werden; in den gröberen Bronchien kann das freilich nicht geschehen, denn hier würde nur ein bronchiales Athmungsgeräusch erzeugt werden können, wie der Vortr. das in einer früheren Arbeit (cf. Deutsches Archiv f. Klin. Med. Bd. XXXVIII) gezeigt hat; man müsste also die Ursprungsstelle des vesikulären Athmungsgeräusches dann in den feinsten Bronchien oder innerhalb der Alveolen suchen.

Zweitens ist noch die Gerhardt'sche Annahme, dass das vesikuläre Athmungsgeräusch durch die bei jeder Inspiration stattfindende Anspannung und Dehnung des Lungenparenchyms, speciell der Alveolarsepta, und nicht durch die Bewegung der Respirationsluft hervorgebracht werde, zu erwägen.

Auf Grund des folgenden Versuches dürfte die Gerhardt'sche Theorie widerlegt, die erstere Annahme aber bestätigt werden: Wenn man eine durch Glycerininjektion getrocknete Lunge mässig aufbläht, den zuführenden Bronchus zur Vermeidung etwaiger bronchialer Geräusche mit Watte ausstopft und denselben dann luftdicht verstopft, so hört man beim Auskultiren der Lunge ein deutliches vesikuläres Geräusch, sobald man dieselbe an irgend einer Stelle leicht mit der Hand komprimirt und dann mit dem Druck nachlässt. Dadurch muss nämlich die Luft aus einem Theil der Lunge hinausgedrückt werden, um, sobald der Druck nachlässt, wieder in die komprimirten Alveolen einzuströmen. Es wird also auf diese Weise ein wechselnder Luftzug in der Lunge erzeugt. Von einer Anspannung des Lungenparenchyms kann bei der geringen Füllung der Lunge mit Luft nicht die Rede sein. Es fehlt also die Vorbedingung, von welcher die Gerhardt'sche Theorie ausgeht, und wenn dennoch ein vesikuläres Athmungsgeräusch entsteht, so kann dasselbe nur durch die Luftbewegung innerhalb der feineren

Bronchien, resp. der Alveolen verursacht werden. Da wir nun wissen, dass in gröberen und feineren Bronchien nur an solchen Stellen Schallschwingungen der Luft entstehen können, wo plötzliche Kaliberveränderungen, besonders Verengerungen vorhanden sind, so werden wir den Ursprung des vesikulären Geräusches wohl an diejenige Stelle verlegen, wo die feinsten Bronchien normaliter eine plötzliche Verengerung erleiden, d. h. an die letzten Bifurkationen der Bronchien und an die Einmündungsstelle der feinsten Bronchien in die Infundibula. Hier müssen sowohl bei der Inspiration wie bei der Exspiration feine Stenosengeräusche entstehen, deren Zahl der Anzahl der athmenden Terminalbronchiolen entspricht. Die Gesammtheit dieser feinsten Stenosengeräusche giebt schließlich dasjenige akustische Phänomen, welches wir als vesikuläres Athmungsgeräusch bezeichnen.

Zu diesem vesikulären Athmungsgeräusch im engeren Sinne addirt sich nun am lebenden Menschen noch dasjenige Geräusch hinzu, welches, wie Penzoldt gezeigt hat, durch die Fortleitung des in der Trachea und den Bronchien vorhandenen bronchialen Geräusches entsteht. Durch die Beimengung dieses modificirten bronchialen Athmungsgeräusches wird das am Thorax des lebenden Menschen hörbare Vesikulärathmen etwas gedämpft und ist daher nicht so scharf wie dasjenige vesikuläre Geräusch, welches Redner an den mit Glycerin injicirten Lungen demonstriren konnte. Orig.-Ref.

---

18. **Quincke** (Kiel). Über Luftschlucken.

Während das Mitschlucken einer geringen Menge von Luft ein normaler Vorgang ist, kann das Schlucken größerer Luftmengen (beim Essen und beim »Leerschlucken«) durch Dehnung des Magens zu Magenbeschwerden Veranlassung geben. Solche Leute kommen als Magenkranke zum Arzt. Aufstoßen wird oft nur nebenbei erwähnt; dasselbe erfolgt übrigens mit individuell sehr verschiedener Leichtigkeit. Unter den Ursachen sind zu nennen: Pharynxkatarrh, allgemeine Nervosisät, Tabakrauchen; zuweilen spielen primäre Magenleiden und Erschlaffung der Bauchdecken eine Rolle. Übrigens wird die Luft nicht nur durch Schlucken, sondern zuweilen auch durch Aspiration in den Ösophagus (und weiter in den Magen) befördert. — Die Therapie bestand in Behandlung des Rachenkatarrhs, Vermeidung des Rauchens, Selbstkontrolle des Pat., Einführung der Schlundsonde.

Orig.-Ref.

---

19. **von Basch** (Wien). Über cardiale Dyspnoe.

Der Vortr. entwickelt auf Grund neuer Versuche, die unter Mitwirkung der Herren DDr. Bettelheim, Großmann, Kauders und Schweinburg angestellt wurden, seine Lehre von der cardialen Dyspnoe.

Er zeigt, dass die menschliche cardiale Dyspnoe sich durch drei

Symptome charakterisire, und zwar nicht bloß, wie bisher angenommen wurde, durch die dyspnoëtische Athmung, sondern auch durch den verminderten Nutzeffekt derselben, so wie durch die Lungenvergrößerung. Die Lungenvergrößerung ist perkutorisch nachweisbar, der verminderte Nutzeffekt der Athemanstrengung wurde durch spirometrische Versuche festgestellt.

Behufs Erklärung dieser Symptome hat der Vortr. mehrere Versuchsreihen unter seiner Leitung vornehmen lassen, die er in Kürze mittheilt. Diese Versuche lehrten, dass künstlich erzeugte Insufficienz des linken Ventrikels am spontan athmenden Thiere eine Dyspnoe hervorrufe, die sich, so wie die cardiale Dyspnoe am Menschen, durch eine Vergrößerung der Lungen, resp. des Thoraxraumes — Hebung der Thoraxwand und Hinabrücken des Zwerchfells — kennzeichnet. Diese Vergrößerung des Thoraxraumes ist der cardialen Dyspnoe, welche durch Insufficienz des linken Ventrikels, also unter stärkerer Blutfüllung der Lungen hervorgerufen wird, eigenthümlich, denn bei der durch Insufficienz des rechten Ventrikels, d. i. durch Blutleere der Lungen erzeugten Dyspnoe, wird der Thoraxraum nicht vergrößert, sondern eher verkleinert.

Es wird nun weiter die Frage erörtert, ob diese Vergrößerung des Thoraxraumes durch eine Lungenschwellung, d. i. auf passivem Wege erfolge, oder ob sie auf andere Entstehungsgründe zurückzuführen sei.

Da die Möglichkeit vorlag, dass diese Vergrößerung vom Vagus ausgehe — Bronchienkrampf durch centrale Vagusreizung, Hoch oder Tiefstand des Zwerchfells durch Vagusreflexe — so wurden die Versuche auch an Thieren mit durchschnittenen Vagis angestellt. Der Effekt dieser Versuche unterschied sich nicht von dem der früheren, womit erwiesen erscheint, dass die Vergrößerung resp. Verkleinerung des Thoraxraumes keinesfalls von einer centralen oder peripheren Vagusreizung abhänge.

Der direkte Beweis, dass die Vergrößerung des Thoraxraumes durch eine nicht durch verstärkte Athemaktion bedingte Volumvermehrung der Lunge erfolge, gelang durch Versuche, in denen der intrathorakale Druck während der cardialen Dyspnoe mittels der Ösophagusmethode bestimmt wurde.

Die betreffenden Versuche ergaben, dass bei der durch Insufficienz des linken Ventrikels hervorgerufenen Dyspnoe der intrathorakale Druck steigt, dass er aber während jener Dyspnoe, die man durch Insufficienz des rechten Herzens erzeugt, sinkt. Da die Steigerung des intrathorakalen Druckes unter Erweiterung des Thoraxraumes, und umgekehrt das Sinken des intrathorakalen Druckes unter Verkleinerung des Thoraxraumes erfolgt, so kann es sich im ersten Falle nur um eine passive Ausdehnung des Thorax in Folge einer durch Blutfüllung bedingten Volumzunahme der Lungen und im zweiten Falle nur um eine Verkleinerung der Lunge in Folge der Blutleere handeln.

So wie die Lungenvergrößerung ist auch der verminderte Nutzeffekt der dyspnoetischen Athmung am Thierexperimente spirometrisch nachzuweisen.

Die Lungenvergrößerung bei der cardialen Dyspnoe des Menschen und des Thieres erklärt sich durch die Lungenschwellung, die der Vortr. schon vor zwei Jahren als Folgezustand der Blutüberfüllung der Lunge erkannt hat, und die seither durch Versuche am curaresirten Thiere außer Zweifel gestellt worden ist. Der verminderte Nutzeffekt der angestrengten Athmung während der cardialen Dyspnoe erklärt sich durch die Lungenstarrheit, deren Bedeutung für die cardiale Dyspnoe der Vortr. gleichfalls schon früher hervorgehoben hat. Auch die Existenz der Lungenstarrheit, d. i. der Verminderung der Lungendehnbarkeit in Folge von Blutüberfüllung ist durch den Versuch am curaresirten Thiere direkt erwiesen worden; denn dieser zeigte, dass die blutgefüllten Lungen unter gleichem Drucke weniger aufgeblasen werden, als Lungen, in deren Gefäßen ein Druck herrscht, der normalen Kreislaufsverhältnissen entspricht.

Der Vortr. bespricht ferner den Entwicklungsgang einer cardialen Dyspnoe, die während der Muskelarbeit entsteht, und setzt aus einander, dass bei mäßiger Muskelarbeit, so lange im Sinne von Zuntz und Geppert die Ventilation das Athmungsbedürfnis vollständig kompensirt, keine eigentliche Dyspnoe, sondern eine Hyperpnoe besteht, und dass die eigentliche Dyspnoe erst dann eintritt, wenn in Folge der mit größerer Muskelanstrengung sich ausbildenden Insufficienz des linken Ventrikels Lungenschwellung und Lungenstarrheit sich entwickeln, und die Ventilation ungenügend wird.

Der Vortr. verweist diesbezüglich auf die Versuche von Speck, welche in Übereinstimmung mit seinen Versuchen lehren, dass es bei angestrengter Muskelarbeit zur ungenügenden Ventilation und zu CO_2-Anhäufung im Blute kommt.

Beim Asthma cardiale beginnt die Dyspnoe mit der plötzlich entstehenden Insufficienz des linken Ventrikels. Als Vorstadium bezeichnet er die Lungenvergrößerung, auf welche er das subjektive Symptom der Beklemmungsgefühle, welche den Anfall einleiten, bezogen wissen will.

Der Vortr. spricht schließlich die Meinung aus, dass die Entstehung des Volumen pulmonum auctum (Traube) auf dieselben Ursachen zurückzuführen sei, wie die Entstehung der Lungenschwellung und Lungenstarrheit.

Seinen Standpunkt, der älteren Lehre gegenüber, präcisirt der Vortr. dahin, dass derselben keine Existenzberechtigung zukomme, weil sie nichts zu erklären wisse und desshalb nichts erkläre.

Orig.-Ref.

Diskussion: Schott (Nauheim): S., der sich in vielen Punkten mit dem Vortr. in Übereinstimmung befindet, richtet an denselben die Frage, wie er sich die Verlangsamung des Blutstromes in den

Lungen und die Verengerung der Alveolen resp. das Verhältnis der Kapillaren zu den Alveolen bei der cardialen Dyspnoe vorstelle.

Bezüglich der Therapie der cardialen Dyspnoe ist nach S. das Hauptaugenmerk auf den Zustand des Herzens selbst zu richten. Zur Erhöhung der Muskelarbeit des Herzens empfiehlt sich die Hitzeapplikation, ferner Bäder, Gymnastik, kräftige Diät. —

v. Basch (Wien): B. beantwortet die Frage Schott's dahin, dass er die alte Theorie, da dieselbe nichts erkläre, für unberechtigt und nicht mehr beachtenswerth halte.

---

20. Friedrich Müller (Bonn). Stoffwechseluntersuchungen bei Carcinomkachexie.

Wenn auch eine Anzahl von Carcinomen, z. B. der Lippenkrebs, manche Formen von Rectum- und Mammacarcinom, jahrelang getragen werden können, ohne den Kräftezustand der Kranken wesentlich zu schädigen, so sind doch die meisten bösartigen Neubildungen, zumal die innerer Organe, klinisch dadurch ausgezeichnet, dass sie Kachexie erzeugen. Unter Kachexie versteht Verf. einen fortschreitenden Verfall der Ernährung, der mehr den Eiweißbestand als den Fettreichthum des Organismus betrifft, kombinirt mit den Erscheinungen der Hydrämie. Da nun bei Krebskranken der Appetit meist sehr danieder liegt, so tritt die Frage auf, ob dieser Kräfteverfall einfach die Folge der ungenügenden Nahrungsaufnahme ist, oder ob eine, dem Carcinom eigenthümliche Stoffwechselanomalie vorliege.

Verf. hat Stoffwechselversuche bei vorgeschrittenen Fällen von Carcinom angestellt, bei denen weder Fieber noch Ödeme vorhanden waren, und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: In allen untersuchten Fällen von Carcinom war die Eiweißzersetzung, d. h. die Stickstoffausscheidung durch Harn und Koth, größer als die Eiweißzufuhr in der Nahrung, und der Körper verlor desshalb dauernd von seinem Eiweißbestand. Bei Kranken, welche nur sehr wenig Nahrung zu sich nahmen, und sich also nahezu im Hungerzustand befanden, ließ sich nachweisen, dass offenbar zwei Typen unterschieden werden müssen. Bei einigen unterschied sich der Stoffwechsel nicht von dem des hungernden gesunden Menschen, und es lag also offenbar hier ein einfacher Inanitionszustand vor. Hierher rechnet Verf. hauptsächlich jene Carcinome des Verdauungsapparates, in welchem die Nahrungsaufnahme mechanisch behindert ist, z. B. die Ösophagus- und Pyloruscarcinome. Nach der Überwindung des Hindernisses kann sich bei diesen der Ernährungszustand wieder heben —; in einer anderen Gruppe von Fällen erwies sich dagegen die Stickstoffausscheidung durch Harn und Koth trotz verschwindend kleiner Nahrungszufuhr so groß, als wie bei gesunden erwachsenen, wohlgenährten Männern, d. h. es bestand eine bedeutende Steigerung des Eiweißzerfalles gegenüber der Norm, und dem entsprechend war der tägliche Eiweißverlust ein großer.

In Fällen, in welchen erheblichere Mengen von Nahrung gereicht wurden, war trotzdem die Stickstoffausscheidung immer noch größer als die Aufnahme, und selbst bei einer Zufuhr von 21 Gramm N im Tag neben reichlichen Mengen von Kohlehydraten und Fett wurde die Schwelle des Stickstoffgleichgewichts noch nicht erreicht, und die Stickstoffausscheidung erreichte die enorme Zahl von 24,4 g im Tag = 52 g Harnstoff. Es ergiebt sich demnach, dass bei den meisten der untersuchten Fälle der Eiweißzerfall krankhaft gesteigert war. Einen interessanten Gegensatz gegen dieses Verhalten des Stoffwechsels bei Carcinom bietet der bei Rekonvalescenten von schweren Krankheiten. Hier wird nicht nur die Schwelle des Stickstoffgleichgewichts früher erreicht (schon bei 7 und 8 g N), sondern es findet sehr leicht ein Ansatz von Eiweiß statt, indem die Zellen des Organismus das in der Nahrung zugeführte Eiweiß mit größerer Energie festhalten (2 Versuche).

Die pathologische Steigerung des Eiweißzerfalles findet sich nicht nur bei Kachexie in Folge von Carcinom, sondern auch bei kachektischen Leukämischen (Fleischer und Penzoldt) und Kranken mit perniciöser Anämie (Eichhorst, Strümpell).

Da sich bei der Krebskachexie neben dem abnormen Eiweißzerfall eine Verminderung der Chloride im Harn vorfindet, so glaubt Verf., dass Organeiweiß und nicht cirkulirendes Eiweiß zersetzt werde, und dass eine Analogie zwischen der Carcinomkachexie und dem fieberhaften Process bestehe, eine Annahme, die er auch in dem Verhalten des Körpergewichts bestätigt findet. Wie sich aus den Stoffwechseluntersuchungen ergiebt, betrifft der Körpergewichtsverlust bei Krebskranken hauptsächlich die eiweißartigen Organe, und nur in geringem Grade das Fettgewebe. — Verf. glaubt, dass der abnorme Eiweißumsatz bei Carcinom nicht nur in der bösartigen Neubildung selbst stattfindet, sondern auch in anderen Organen, vor Allem den Muskeln, da sich in den letzteren meist ausgedehnte Verfettungsprocesse nachweisen lassen. Als Ursache des abnormen Eiweißzerfalles glaubt Verf. ein in der bösartigen Neubildung gebildetes giftiges Stoffwechselprodukt annehmen zu müssen, obwohl die darauf hin angestellten Untersuchungen von Carcinomknoten ein negatives Resultat ergeben haben.

Da sich in Fällen von Carcinom, die im Koma endeten, eine demselben vorangehende rasche Verminderung der vorher erhöhten Stickstoffausscheidung nachweisen ließ, so dürfte das Coma carcinomatosum, ähnlich wie das urämische Koma, als eine Autointoxication durch Retention von giftigen Stoffwechselprodukten aufzufassen sein.

Orig.-Ref.

Diskussion: Klemperer (Berlin): K. weist auf die von ihm in Fällen von Anämie und Leukämie, Carcinom, Phthise, Diabetes vorgenommenen Stoffwechseluntersuchungen, deren Resultate im Wesentlichen mit denen M.'s übereinstimmen, hin, und befürwortet

für diese Fälle eine energische Ernährungstherapie. In 3 Fällen von Carcinom ist es ihm gelungen, durch hohe Fettgaben den gesteigerten Eiweißzerfall bis unter die Grenze des Normalen herabzudrücken. —

Freund (Wien): F. hat eingehende Untersuchungen über die chemische Beschaffenheit des Carcinoms und die Veränderungen des Stoffwechsels und der Zusammensetzung des Blutes bei Carcinomatösen angestellt. Die Reaktion der Carcinome ist sauer; dem Muttergewebe gegenüber zeigt das Carcinom ein Minus an Eiweißkörpern um ca. 50% und ein Plus an Kohlehydraten derart, dass dieselben bis auf das 20—30fache des normalen Gehaltes ansteigen. Der Zucker ist im Blute Carcinomkranker erheblich vermehrt, während der Harn keinen Zucker enthält. Den Zuckerbefund im Blute führt F. auf eine geringere Verbrennungsfähigkeit im Organismus zurück. —

Leyden (Berlin): L. macht auf die praktische Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen bei Carcinomatösen aufmerksam und weist darauf hin, dass es die Hauptaufgabe des Arztes sein müsse, bei derartig Kranken eine rationelle Ernährungstherapie derart einzuleiten, dass der Kachexie Einhalt geboten wird. Er zeigt unter näherer Schilderung eines einschlägigen Falles, wie es auf diese Weise möglich ist, Carcinomkranke auf längere Zeit, ja auf Jahre in einem durchaus leidlichen Zustande zu erhalten. M. Cohn (Berlin).

---

21. **Finkler** (Bonn). Streptokokken-Pneumonie.

Es ist einleuchtend, wie gut es wäre, wenn gewisse symptomatisch zusammengehörige Pneumonien auf ein einheitliches ätiologisches Princip zurückgeführt werden könnten. Es scheint mir, als gelänge es, für die Form der Lungenentzündung, welche ich vor einem Jahre an dieser Stelle genauer schilderte, einen Streptococcus, vermuthlich denjenigen, der dem Streptococcus erysipelatis nach der Beschreibung Hajek's am nächsten steht, als Infektionserreger ansprechen zu können. Man würde diese Form der Pneumonie, welche ich ihren Symptomen nach als pseudotyphöse bezeichnete, ätiologisch als primäre Streptokokken-Pneumonie auffassen müssen.

Im vorigen Jahre beschrieb ich eine Endemie von Pneumonie, bei der wohl ohne Zweifel die Übertragung von einem Individuum aufs andere eine Zahl von 6 zusammengehörigen Fällen verschuldet hatte. Von diesen haben 3 Fälle letal geendet. 2 Sektionen wurden genau gemacht. Im ersten dieser genau untersuchten Fälle fand Prof. Ribbert Streptococcus, im zweiten fand ich Streptococcus erysipelatis und Staphylococcus aureus als die einzigen im Impfstrich aus der Lunge zu züchtenden Bakterien.

Im Laufe dieses Jahres konnte ich zwei andere hierher gehörige Fälle untersuchen. Ein Junge starb im Friedrich Wilhelms-Hospital an einer Pneumonie nach Diphtherie. Der anatomische Befund der Lunge deckt sich mit dem der vorher erwähnten Fälle, die bakterio-

logische Untersuchung ergab: Streptococcus. Der Vater dieses Jungen starb einige Wochen nachher an einer den Symptomen nach mit den früheren Fällen übereinstimmenden Pneumonie; die Sektion ergab gleiche, nur durch eine Komplikation scheinbar veränderte Zustände der Lunge, die bakteriologische Untersuchung Streptococcus und Staphylococcus aureus als einzige Bakterien der erkrankten Lunge.

Meine Beobachtung erstreckt sich demnach über 2 Gruppen von Erkrankungsfällen. Die erste Gruppe bilden 6 Krankheitsfälle, die unter sich in Verlauf und Symptomen vielfach übereinstimmen; 2 secirte Fälle ergaben gleiche Kokken in der Lunge. Die zweite Gruppe: 2 Krankheitsfälle, die leider letal endeten und ebenfalls gleiche Kokken aus der Lunge lieferten.

Die gesammte erste Gruppe besteht aus primären Pneumonien, in der zweiten Gruppe ist der Fall des Kindes wahrscheinlich aufzufassen als Pneumonie nach Diphtherie. Der zweite Fall dagegen ist ebenfalls eine primäre Pneumonie. Von den sämmtlichen Fällen glaube ich, dass sie durch denselben Streptococcus bedingt waren. Der Staphylococcus mag dabei betheiligt sein, aber zu betonen ist die Thatsache, dass in einzelnen Fällen der Streptococcus allein vorhanden war, in den beiden anderen neben dem Staphylococcus doch auch wieder der gleiche Streptococcus.

Nun machen Streptokokken unzweifelhaft Pneumonien. Pathologisch-anatomisch ergiebt sich dies aus dem Nachweis in einem Falle nur aus den von Weichselbaum beschriebenen Vorkommnissen. Experimentell ist dies bewiesen durch Beobachtungen Hajek's, der nach subkutanen Injektionen von Streptococcus pyogenes fast konstant in den Lungen punktförmige bis stecknadelkopfgroße Hämorrhagien und luftleere verdichtete Herde findet. Außerdem erwähne ich hier die Untersuchungen von Hajek, wonach durch den Streptococcus erysipelatis besonders auch in anderen Geweben Entzündungsvorgänge erzeugt werden, welche mit den hier in Frage kommenden Pneumonien vielerlei Beziehungen haben. Alle diese Veränderungen stimmen wiederum überein mit denjenigen, welche bei unseren Fällen theils klinisch, theils pathologisch-anatomisch konstatirt wurden.

Andererseits haben die von mir gezüchteten, jenen Pneumonien entnommenen Streptokokken in zwei Impfungen am Kaninchenohr die für Erysipel charakteristischen Erscheinungen hervorgebracht.

Nach alledem lässt sich Folgendes aussagen:

1) Es giebt durch Streptokokken bedingte Pneumonien.

2) Dieselben sind entweder sekundäre oder seltener primäre Erkrankungen.

3) Sie bieten so vielfache Übereinstimmung im Verlauf und den Erscheinungen, dass es möglich scheint, sie intra vitam zu diagnosticiren.

4) Die Streptokokken-Pneumonien sind lobulär, multipel, oft

aber sind die lobulären Herdchen zu größeren Herden zusammengedrängt.

5) Die Erkrankung findet keinen typischen bestimmten Abschluss, entsprechend dem allmählichen Fortkriechen in dem Lungengewebe.

6) Die Entzündungsform ist nicht, oder meistens nicht, die einer krupösen, sondern die einer akuten interstitiellen Pneumonie.

7) Im klinischen Krankheitsbild treten typhöse Erscheinungen, resp. Erscheinungen einer Ptomainvergiftung hervor.

8) Die Streptokokken-Pneumonien sind kontagiös und von malignem Charakter.

9) Sie gehören wahrscheinlich zusammen mit seuchenartigen Lungenentzündungen, wie sie bei Thieren vorkommen, und stellen vielleicht das eigentliche Erysipel der Lunge dar.

Für die Behandlung sind die Principien maßgebend, welche akuten Infektionskrankheiten gegenüber gelten. Die Herzthätigkeit muss mit besonderer Aufmerksamkeit erhalten werden. Von lauen und kühlen Bädern habe ich deutliche Hebung der Herzaktion und Besserung der nervösen Symptome gesehen. Sie vermögen das Allgemeinbefinden mehr zu heben, als Antipyrin, obgleich dieses größere Absenkungen der Temperatur hervorbringen kann. Expektorantien scheinen mir bei dieser Form der Pneumonie überflüssig. In dem einen Falle ist überhaupt kein einziges Sputum geliefert worden.

Orig.-Ref.

---

22. Seifert (Würzburg). Über Rhinitis fibrinosa (croupoса) mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Die primäre Rhinitis fibrinosa ist durch die Mittheilungen verschiedener Autoren genügend bekannt, während Fälle von sekundärer Rhin. fibr. sehr selten vorzukommen scheinen. S. hat einen solchen Fall genauer untersucht und theilt die Krankengeschichte kurz mit und demonstrirt die von dessen Nasenschleimhaut gewonnenen Präparate. In dem betr. Fall (17jähriger Mann) war im Anschluss an eine Pneumonie des rechten Oberlappens eine fibrinöse Exsudation auf der Schleimhaut des ganzen Respirationstractus aufgetreten. Die mikroskopischen Präparate erwiesen, dass es sich nicht um Diphtheritis, sondern ausschließlich um eine fibrinöse Exsudation auf das intakte Epithel der Schleimhaut gehandelt hatte. Die Exsudatschicht und einzelne Lymphspalten waren von Haufen von Kokken durchsetzt, deren biologisches Verhalten leider nicht studirt werden konnte.

Der Fall war auch noch dadurch interessant, dass es sich um eine Ichthyosis handelte.

Orig.-Ref.

---

23. Kraus (Prag). Über die Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten.

K. hält zur Beurtheilung der Reaktionsverhältnisse des Blutes für nothwendig 1) die Bestimmung der Alkalescenz, 2) der Acidität.

Die erstere bestimmt K. einmal indirekt durch Feststellung der Gesammt-CO_2 des Blutes, wobei die CO_2 durch eine nicht flüchtige Säure aus ihren Verbindungen abgetrennt und in einem gewogenen Absorptionsapparat aufgefangen wird, dann auch noch direkt durch ein titrimetrisches Verfahren. Bei diesem letzteren wird die Säurekapacität des blutkörperchenfreien Serums mit Lackmoid, einem Indikator, welcher die Phosphate und Karbonate in der Kälte zu titriren gestattet, ermittelt. Eben so wie die empirische Alkalescenz als das Vermögen, Säure zu binden, zu definiren ist, vermag das Blut auch zufolge seines Gehaltes an Karbonaten (Na_2CO_3) und Phosphaten (Na_2HPO_4) eine gewisse Menge Basis chemisch zu binden, es hat in diesem Sinne eine Acidität. Diese wird nach Abscheidung des Hämoglobins und der Eiweißkörper, welche nach einem von K. ermittelten Verfahren geschieht, mit der Methode Maly's zur Titrirung der alkalischen Phosphate bestimmt.

Den normalen CO_2-Gehalt des menschlichen Venenblutes findet K. im Mittel 33,4 Volumprocente (76 cm Druck) betragend. Die Werthe für die Blutalkalescenz schwanken sehr stark um ein ungefähres Mittel von 0,230 g Na(HO) pro 100 cc Blut. Der Werth der Acidität (eben so berechnet) pflegt in der Regel numerisch kleiner zu sein als jener der Alkalescenz bei demselben Individuum.

K. konnte nun bei einer Reihe von an verschiedenen fieberhaften Infektionskrankheiten leidenden Menschen regelmäßig CO_2-Verminderung im Venenblute nachweisen, bis auf 20 und 10 Volumprocent herab. Es besteht keine strenge Proportionalität zwischen der Fieberhöhe und dem Grade der CO_2-Verminderung. Wenn das Fieber normal abgelaufen ist, gleicht sich die durch dasselbe gesetzte Störung nicht sofort, wohl aber (bei Ernährung des Kranken) in 1- bis 2mal 24 Stunden relativ vollständig aus. Künstliche Entfieberung mit Antipyreticis bringt nicht unmittelbar den Ausgleich der Störung mit sich. Als Ursache dieser CO_2-Verminderung ergaben titrimetrische Bestimmungen der Reaktionsverhältnisse nach den oben angeführten Methoden eine Abnahme der Alkalescenz.

K. legt weiter dar, dass es eine Vergiftung des fiebernden Organismus mit selbstproducirten Verbindungen saurer Natur ist, welche die Alkalescenz des Blutes herabsetzt. Es wird nach dieser Richtung auf eine bestimmte Art des Zerfalls geformter Gewebselemente verwiesen, wobei es aus gewissen Molekülen zur Abspaltung von Säuren kommt. Ein specielles Beispiel eines solchen Zerfalles, denjenigen der rothen Blutkörperchen unter dem Einfluss gewisser Blutgifte, hat K. experimentell eingehend studirt. Es giebt eine Anzahl von Stoffen, Arsenwasserstoff, Pyrogallol, Gallensäuren etc., welche ausgedehnten Blutzerfall und dabei rapide Abnahme der Blutalkalescenz verursachen. Die wesentliche Quelle dieser Säuerung hat K. in dem Lecithin der Blutkörperchen ermittelt, das beim Zerfall der geformten Blutbestandtheile in dem alkalisch reagirenden Plasma unter Abspaltung von Glycerinphosphorsäure und Fettsäuren sich zersetzt.

K. hat ferner 3 Fälle von Coma diabeticorum untersucht. In zwei mit Oxybuttersäureausscheidung einhergehenden Fällen konnte eine beträchtliche Herabsetzung des CO_2-Gehaltes des Venenblutes nachgewiesen werden, in einem dritten Falle, wo die Säureausscheidung im Harne fehlte, zeigte das Blut während des Koma normalen CO_2-Gehalt. In einem darauf untersuchten Falle von Coma diabeticorum ergab auch die direkte Titration herabgesetzte Blutalkalescenz. Eine Verminderung des CO_2-Gehaltes des Blutes resp. der Blutalkalescenz ergab sich ferner in einem Falle von Phosphorvergiftung, eine geringe Abnahme auch bei Leukämie, dagegen erwies sich in zwei Fällen von Chlorose der CO_2-Gehalt als nicht wesentlich verändert.

Orig.-Ref.

---

24. Posner (Berlin). Zur Diagnose und Therapie der chronischen Prostatitis.

Redner macht zunächst darauf aufmerksam, wie die Prostata lange schon als ein Stiefkind der inneren Medicin angesehen werde, während doch ernste und quälende Leiden oft ihren Ausgangspunkt in Erkrankungen der Prostata hätten. Am bedeutungsvollsten ist für die erfolgreiche Behandlung eines Pat. die Diagnose einer essentiellen, oft sehr chronischen Prostatitis. Solche Pat. werden oft lange Zeit hindurch als Neurastheniker behandelt und erst eine gründliche Lokaluntersuchung führt zur richtigen Erkenntnis des Sitzes des Übels.

Diese lokale Untersuchung muss zunächst per rectum vorgenommen werden. Dabei ist zunächst auf Form und Größe der Drüse zu achten: Fast nie stößt man auf erhebliche Formveränderungen; meist beschränkt sich der Befund auf eine leichte, in der Regel an einem Lappen besonders stark ausgeprägte, gleichmäßige, weiche Schwellung. Etwas markirter sind oft die Schmerzpunkte.

Die wichtigste diagnostische Aufgabe bildet die Untersuchung des Sekretes: der Prostatasaft stellt in der Norm eine dünne, milchige Flüssigkeit dar; mikroskopisch erkennt man darin massenhaft kleine aus Lecithin bestehende Kügelchen, ferner Epithelien ev. Amyloide und stets, namentlich nach Zusatz von Ammonium phosphoricum, die großen, schönen sog. Spermakrystalle. Rundzellen fehlen dem normalen Sekret, und auf ihre Anwesenheit wesentlich ist die Diagnose zu basiren.

Dann schließt man noch eine Untersuchung der Urethra an; beim Durchgleiten der Sonde ergiebt sich eine mehr oder weniger ausgeprägte Empfindlichkeit im Gebiete der Pars prostatica. An dieser Stelle warnt Redner vor dem übertriebenen Sondiren und schildert eindringlich die Gefahren, die durch eine solche oft ohne jede Überlegung inaugurirte Therapie herbeigeführt werden können.

Die Therapie soll zunächst in Ruhe und Schonung bestehen, dann aber eine vorzugsweise psychische sein: die Pat. müssen über die relative Harmlosigkeit ihres Übels aufgeklärt und ihre fast stets

vorhandenen Befürchtungen beseitigt werden. Daran kann man roborirende Maßnahmen allgemeiner Art — Eisen, kräftige Diät, Bewegung in freier Luft, Bäder — schließen und wird schon auf diese Weise oft gute Resultate erzielen.

Redner erörtert sodann die lokale Therapie, zunächst die milde, bestehend in Darreichung von Abführmitteln, Applikation von Jodkali-Suppositorien, bisweilen mit Zusatz von Extr. Belladonnae. Dabei ist innerliche Verabreichung von Ol. Santali, Extr. Belladonnae etc. oft zweckmäßig.

Eines Eingriffes von der Urethra her kann man oft aber nicht entbehren, und Redner empfiehlt dazu die Béniquésonden in stärkeren Kalibern, d. h. 18—25 der Charrière'schen Skala. Mit ihnen kann man bei vorsichtiger Anwendung oft in kurzer Zeit gute Erfolge erzielen. Die Irrigationen und Ätzmittel will Redner auf die Fälle beschränkt wissen, in denen eine hochgradige Sekretion den Gedanken an einen profusen Katarrh der Ausführungsgänge nahe legt.

Diskussion: Pauly (Wiesbaden-Nervi): P. fragt, ob der Vortr. mit dem von Finger warm empfohlenen Artsberger'schen Apparate Versuche angestellt habe. —

Posner (Berlin): Das Princip des erwähnten Verfahrens hält P. für durchaus richtig: über den Apparat selber besitzt er keine Erfahrung.

M. Cohn (Berlin).

---

25. Openchowski (Dorpat). Über das Verhalten des kleinen Kreislaufs gegen die Digitalisgruppe.

Die Untersuchungen des Vortr. haben ergeben, dass der kleine Kreislauf ein ganz abgeschlossenes System bildet, und dass die Agentien, welche den großen Kreislauf beeinflussen — den kleinen gar nicht tangiren —, oder nur in so weit, als der Zufluss zum rechten Herzen vermehrt oder vermindert wird. Die Herabsetzung des Druckes im großen Kreislauf durch Curare, Amylnitrit, Chloralhydrat macht sich auf den kleinen Kreislauf nur in minimaler Weise und bei sehr lange dauernden Versuchen geltend — und beruht wohl nur auf Verminderung des Blutzuflusses.

Bei Erhöhung des Blutdruckes durch Helleboreïn beobachtet man Anfangs eine Abnahme des Blutdruckes im kleinen Kreislauf, welcher nur dann wieder unbedeutend zunimmt, wenn der Zufluss in das rechte Herz vermehrt wird.

Direkt werden weder die Lungengefäße noch das rechte Herz vom Helleboreïn beeinflusst. Diese Versuche, so wie auch die mit Digitaleïn angestellten leiten den Vortr. zur Annahme, dass die Digitalisgruppe nur auf das linke Herz und dessen Gefäßsystem einwirkt. Da es vorläufig unwahrscheinlich ist, dass der rechte Herzmuskel gegen Herzgifte ganz immun wäre, so muss man annehmen, dass diese Gifte nur auf seine Coronararterie und zwar in der Weise ein-

wirken, dass durch die Kontraktion der rechten Coronaria das rechte Herz gewissermaßen in seiner angestrengten Thätigkeit gehemmt wird.

Diese Voraussetzung ist auch durch direkte Beobachtung des Herzens bestätigt worden. Die linke Coronaria ist gleich nach der Vergiftung stärker gefüllt und breiter, während an der rechten sich nichts Ähnliches bemerken lässt. Das rechte Herz schlägt zweimal schneller als das linke, was vollständig der Zahl der Pulse an den typischen Blutdruckkurven entspricht. Der linke Ventrikel eines ausgeschnittenen Herzens von Thieren, welche durch Helleboreïn oder Digitaleïn vergiftet werden, schlägt 2—3mal länger als das normale linke Herz, während der rechte Ventrikel kürzere Zeit schlägt als unter normalen Verhältnissen, wo er in der Regel 2—3mal länger schlägt als der linke. Auch wird nur der linke Ventrikel (nach Vergiftung) in Systole gefunden, während der rechte immer schlaff ist. Ecchymosen bilden sich auch nur im linken Ventrikel, was durch vermehrte Blutzufuhr und verhinderten Abfluss in Folge der Muskelkontraktion zu erklären wäre.

Indem der Vortr. darauf hinweist, dass seine pharmakologischen Ergebnisse mit den gleichfalls auf experimentellem Wege (von Cohnheim, Samolson, Lukjanow) gewonnenen in Einklang stehen, macht er darauf aufmerksam, dass noch andere, viel komplicirtere Ursachen für dieses differente Verhalten der beiden Herzhälften in Betracht kommen könnten (nervöse Vorrichtungen).

Die Thatsache, dass die Wirkung der Digitalisgruppe sich nur auf den großen Kreislauf erstreckt, liefert uns vorläufig die einzig mögliche Erklärung ihrer therapeutischen Leistung. In der That, die Aufhebung der venösen Stauungen vor der Überfüllung des kleinen Kreislaufes ist nur dann erklärlich, wenn das linke Herz allein den Überschuss an Blut aus dem kleinen Kreislauf fortschafft. Würden die betreffenden Mittel auf beide Herzhälften in proportionaler Weise einwirken, so würden die Verhältnisse dieselben bleiben wie vorher. Trotz absoluter Steigerung der Arbeit wäre es unmöglich, mehr Blut aus dem kleinen Kreislauf in den großen überzuführen. Die schnelle, aber nicht vermehrte Arbeit des rechten Ventrikels ist offenbar nur als regulatorisches Moment anzusehen. In den Fällen, wo Digitalis gar nicht wirkt, oder sogar die Symptome verschlimmert (z. B. bei Stenose der Mitralis), dürfte als Ursache wohl eher die Erkrankung der regulatorischen Vorrichtungen, als die Erkrankung des Herzmuskels selbst in Betracht kommen.

Auch bei nervösen Herzleiden könnte diese Thatsache zum Verständnis der Digitaliswirkung beitragen, falls es sich um Kontraktion der linken Coronaria oder Verlust des Tonus der rechten ursprünglich handelte. (Die Wirkung auf den Vagus kann auch hier in Betracht kommen.) Cumulative Wirkung ist vielleicht nur consecutive Störung in dem Gebiete der Coronaria, welche unter dem Einfluss des Mittels zu lange gestanden hat. Orig.-Ref.

---

26. **Mordhorst** (Wiesbaden). **Über elektrische Massage.**

Da das Wesen der meisten chronischen Affektionen traumatischen und rheumatischen Ursprungs in einer Überfüllung der Lymphgefäße des erkrankten Organs und in anderen entzündlichen Veränderungen des Bindegewebes desselben besteht, so muss es die Aufgabe der Therapie sein, die krankhaft erweiterten Lymphgefäße von ihrem abnormen Inhalte zu befreien, die etwa abgelagerten pathologischen Produkte zur Resorption zu bringen und die krankhaft veränderten Gewebe zur Norm zurückzuführen.

Die gebräuchlichsten Mittel dies zu erreichen sind die Anwendung warmer Mineralbäder mit oder ohne Dusche, die Massage und die Elektricität. Bei frischen und leichteren Fällen führen erstere oft zu dem gewünschten Ziele und auch in älteren und schweren Fällen üben sie oft einen wohlthätigen Einfluss auf den Heilungsprocess aus. Wirksamer sind die beiden letzteren Mittel in Verbindung mit den Bädern. Am wirksamsten jedoch nach meiner Erfahrung ist die gleichzeitige Anwendung der Massage und der Elektricität, des konstanten Stromes. Es geschieht dies mit Hilfe meiner Massirelektrode, die sich zum Massiren meiner Erfahrung nach in den meisten Fällen noch besser eignet als die Hand, und die auch den elektrischen Strom leitet. Sie besteht aus einer elastischen Walze von verschiedener Größe und Gestalt je nach der Form und Lage des zu behandelnden Körpertheils. Die Walze ist mit einem gebogenen, bequemen Griff für die Hand verbunden.

Was nun die Anwendungsweise der elektrischen Massage anbetrifft, so befolge ich genau die Vorschriften bei der manuellen Massage.

Handelt es sich um eine Affektion an einer Extremität, dann applicire ich die Plattenelektrode der afficirten Stelle gegenüber, die Massirelektrode unterhalb derselben und bewege sie zuerst unter leisem, allmählich immer stärkerem Drucke über das erkrankte Organ hinweg und zwar in centripetaler Richtung. Ohne einen nennenswerthen Druck auszuüben führe ich dann die Walze denselben Weg zurück, und wiederhole dieses Verfahren bis zu 5 Minuten und darüber. Bei Affektionen am Halse oder am Stamm setze ich die Plattenelektrode auf das Sternum oder in die Nähe der afficirten Stelle. Als Stromgeber muss ein Apparat mit wenigstens 40 Elementen, einem guten statischen Galvanometer, einem Rheostat und einem guten Schlittenapparat benutzt werden. Ich benutze einen sehr starken Strom, namentlich bei alten chronischen Fuß- und Kniegelenkleiden. Die Stromdichte variirt zwischen 1 und $^1/_4$. Bei Neuralgien fange ich mit $^1/_8$ Stromdichte an, steige jedoch schnell bis auf $^1/_4$ und höher.

Die Vortheile dieser Behandlungsmethode vor der gewöhnlichen Massage und der Anwendung des konstanten Stromes sind folgende:

1) Die Hyperämie, durch die Massage hervorgerufen,

wird erhöht und verlängert durch die gleichzeitige Applikation des konstanten Stromes, und dies ohne den schädlichen Einfluss eines zu intensiv mechanischen Reizes, wie ihn eine zu kräftige und langdauernde manuelle Massage erzeugt.

2) Durch die Massage mittels meiner Massirelektrode werden die resorbirten, in der Lymphe enthaltenen pathologischen Produkte mit dem Lymphstrom aus dem Krankheitsherd entfernt.

3) Die lang andauernde Hyperämie der Haut trägt zur Entlastung der krankhaft afficirten Lymphgefäße und Umgebung bei.

Diese Vortheile, die schon aus theoretischen Gründen einleuchten, haben sich denn auch in der Praxis herausgestellt. Unter den 208 Affektionen, die ich mit der elektrischen Massage behandelt habe, war keine einzige, die durch diese Behandlung nicht besser wurde.

Eine Zusammenstellung der Erfolge meiner Behandlung ergiebt:

	Beobachtungen	Heilungen	Besserungen	Ohne Erfolg
Chronische Affektionen der Kniegelenke	36	32	4	—
» » » Fußgelenke	23	18	5	—
» » » Schultergelenke	16	13	3	—
» » » Handgelenke	7	6	1	—
» » » Fingergelenke	9	8	1	—
» » » Hüftgelenke	2	2	—	—
» » » Nackenmuskeln	24	20	3	—
» » » Rücken-, Lenden- und Kreuzmusk. (Lumbago)	20	20	—	—
» » » Armmuskeln	12	11	1	—
» » » Oberschenkelmuskeln	4	1	3	—
» » » Sehnenscheiden	9	8	1	—
» » » Haut	5	5	—	—
Ischias	24	19	5	—
Andere Neuralgien	7	5	2	—
Migräne	6	3	3	—
	Sa. 208	176	32	—

Ich muss hierbei ausdrücklich bemerken, dass in allen Fällen, wo keine vollständige Heilung erzielt wurde, die Behandlungsdauer zu kurz war. Die längste Behandlung erforderten die schweren Fälle von Knie- und Fußgelenksaffektionen. Dass Fälle, wie die ad 2, 3, 4, die mehrere Jahre gedauert hatten, und wo grobe pathologisch-anatomische Veränderungen der Gewebe stattgefunden, nicht in 4—6 Wochen zur Norm zurückgebracht werden können, liegt auf der Hand.

Dass unter den 24 behandelten Fällen von Ischias sich 5 befinden, die nicht vollständig geheilt wurden, hat darin seinen Grund, dass diese Fälle nur 5—14 Tage mit elektrischer Massage behandelt wurden. In einigen Fällen wurde Heilung zwar in 8 Tagen erzielt,

aber durchschnittlich bedarf diese Affektion eine Behandlung von 3—6 Wochen zur völligen Herstellung.

Die Affektionen der Rücken- Lenden- und Kreuzmuskeln (Lumbago) wurden sämmtlich beseitigt und zwar einige in ungewöhnlich kurzer Zeit.

Sehr hartnäckig und zu Recidiven sehr geneigt sind die rheumatischen Affektionen der Nackenmuskeln, die desshalb eine gründliche Behandlung und oft eine Wiederholung derselben erfordern.

Mit meinen Erfahrungen stimmen auch diejenigen der an der hiesigen »Wilhelmsheilanstalt« thätigen Militärärzte, des Herrn Oberstabsarzt Dr. Heinzel und des Herrn Dr. Heermann, welchen ich im Frühjahr v. J. mein Verfahren an verschiedenen meiner Pat. demonstrirte. Seitdem kommt dasselbe dort täglich an einer großen Anzahl von Pat. zur Anwendung. Herr Dr. Heermann war so liebenswürdig, mir seine mit der elektrischen Massage gemachten Erfahrungen mitzutheilen und eine Anzahl von Krankheitsfällen, die vor der Anwendung der elektrischen Massage wochen- und monatelang mit allen anderen gegen diese Übel sonst gebräuchlichen Mitteln, wie Massage, Elektricität etc. ohne Erfolg behandelt wurden, mir zur Verfügung zu stellen. Herr Dr. Heermann äußert sich wie folgt:

»Die Krankheiten, bei denen diese Methode benutzt wurde, waren Ergüsse und Schwellungen nach Quetschungen, Verstauchungen, Verrenkungen und Knochenbrüchen; Gelenk- und Muskelrheumatismus, Neuralgien traumatischen und rheumatischen Ursprungs, Ischias, chronische Sehnenscheiden- und Knochenhautentzündungen. Von diesen Affektionen wurden über 100 Fälle mit elektrischer Massage behandelt.

Ich habe aus dieser Zahl von Fällen und dem Vergleich mit eben so vielen anders behandelten die Überzeugung gewonnen, dass dieselbe recht befriedigende Resultate liefert. Statistische Beweise lassen sich natürlich aus dieser Zahl, und bei der Schwierigkeit solcher Vergleiche überhaupt, nicht schöpfen. Außerdem kommt noch hinzu, dass in den meisten Fällen neben der elektrischen Massage, Bäder, Duschen, Massage mit der Hand, Gymnastik und Apparate zur Anwendung kamen und so die Beobachtung der Wirkung einer einzelnen Methode sehr erschwerten. Indem ich also von diesen absehe, in welchen über den Erfolg der elektrischen Massage nur das Gefühl und die Erfahrung des Beobachters urtheilen können, will ich hier nur solche aufführen, bei denen neben den hiesigen Thermalbädern die Methode der elektrischen Massage allein in Betracht kommt.« Hierauf folgen die Krankengeschichten, die ich als Nachtrag meinen »therapeutischen Erfolgen mit elektrischer Massage« hinzugefügt habe.

Herr Heermann schließt seine Bemerkungen mit folgenden Worten: »Diese kurze Zusammenstellung zeigt, dass bei allen für eine derartige Methode geeigneten Krankheiten, wo überhaupt

eine Behandlung Nutzen brachte, die elektrische Massage in Verbindung mit den Thermalbädern einen günstigen, zuweilen auffallenden Erfolg aufzuweisen hatte, was um so mehr ins Gewicht fällt, als die Heilung dieser Leiden bereits wochen- und monatelang vorher auf die verschiedenste Weise vergebens versucht war.«

Von 33 Affektionen wurden 23 oder ca. 75% vollständig hergestellt und nur wenige Fälle blieben ungebessert.

Orig.-Ref.

---

27. **O. Storch** (Kopenhagen). Über Verwendung des Bunsenschen Flaschenaspirators zur Aspiration von pleuritischen Exsudaten und als Hilfsmittel zur besseren Entfaltung der Lunge nach der Empyemoperation.

In den letzten Jahren hat sich allgemein das Bestreben geltend gemacht bei der Aspiration von pleuritischen Exsudaten von der Dieulafoy'schen Spritze wegzukommen und zu einfacheren Apparaten überzugehen (Einführung des Hebers, die Apparate von Unverricht, Quincke, Fürbringer). Vortr. schlägt zu demselben Zweck den Bunsen'schen Flaschenaspirator vor, den er in folgender Form seit 5 Jahren verwendet und der sich ihm als sehr praktisch bewährt hat: Auf der Platte eines 1 Meter hohen Tischchens steht die 2 Liter fassende nicht tubulirte Flasche *A*, mit Wasser gefüllt und mit doppelt durchbohrtem Stöpsel verschlossen; sie kommunicirt durch einen mit einem Quetschhahn versehenen Schlauch mit der Flasche *B*, die entweder auf dem Boden oder auf einem zwischen den Beinen des Tisches höher oder tiefer anzubringenden Brettchen steht. Indem das Wasser durch den Schlauch abfließt, erzeugt es den verminderten Druck in *A*; dieser theilt sich durch einen anderen Schlauch der 3. Flasche *C* mit, welche das aspirirte Exsudat aufnimmt und in Betthöhe neben dem Kranken steht. Dieser Apparat aspirirt schnell und ohne irgend eine Anstrengung 1 Liter Exsudat in 5—7 Minuten und ist immer zum Gebrauch bereit, wenn zur Füllung von *A* nahezu gesättigte Salicylsäurelösung verwendet wird; auch zur Aspiration von Mageninhalt lässt er sich verwenden.

Eben so gut kann man mit dem folgenden einfacheren und besser transportablen Apparate auskommen. Statt dreier begnügt man sich mit einer Flasche von $1^1/_2$ Liter, die, wie *A* am vorigen Apparat, mit doppelt durchbohrtem Stöpsel und 2 Schläuchen versehen ist, wovon der eine 80 cm lange den Inhalt der Flasche in eine Schüssel abführt und den verminderten Druck erzeugt, der andere mit dem Trokar verbunden wird. Nach Eröffnung des den langen Schlauch verschließenden Quetschhahnes fließt das Wasser ab und das Exsudat zu, so dass letzteres das Niveau der aspirirenden Flüssigkeit und dadurch die unveränderte Saugkraft des Apparates erhält; dieser ist im Stande selbst größere Mengen Flüssigkeit (z. B.

einen Ascites von 10—12 Liter) zu aspiriren. Er repräsentirt eine Potain'sche Flasche, bei der die Luftpumpe durch den Heberschlauch ersetzt ist und der Grad der Saugkraft durch die Länge von diesem bestimmt wird.

Vortr. hat auch versucht den Flaschenaspirator bei der Empyemoperation zur besseren Entfaltung der Lunge zu benutzen. Er meint, dass die Mechanik der Lungenentfaltung nach der Radikaloperation (also bei offener Pleurawunde) noch nicht genügend erklärt sei; allenfalls gehen die Handbücher der internen Pathologie sehr leicht über diese Frage hinweg. In frischen Fällen entfaltet sich allerdings die Lunge genügend, aber nicht selten geschieht dieses nur unvollständig und dann hat man eine größere Höhle, deren Wände fortwährend Eiter absondern. In solchen Fällen kann man durch Thorakoplastik Hilfe schaffen, aber diese Operation muss gewöhnlich einem Chirurgen von Fach überwiesen werden und ist immer ein bedeutender Eingriff.

Vortr. hatte öfter Misserfolge der Empyemoperation gesehen und war dann der Meinung gewesen, dass die Nichtentfaltung der Lunge von dem Umstande herrühre, dass die Lunge nach der Operation unter Atmosphärendruck stehe und dass vielleicht ein besseres Resultat sich erreichen ließe, wenn man im Stande wäre die Lunge gleich nach der Operation unter verminderten Druck zu bringen; dieses Vorhaben suchte er auf folgende Weise zu bewerkstelligen (in einem Fall, wo sich nach Pneumothorax ein zuerst seröses und dann purulentes Exsudat entwickelt hatte, wo also die Lunge sehr lange komprimirt gewesen war): nach Ausführung der Incision überbrückte er die Incisionswunde und das in diese eingeführte Drainrohr mit einem sogenannten Brustglas, wie dieses von stillenden Frauen an der Mamma zum Auffangen der spontan abfließenden Milch getragen wird und verband dann den Tubus desselben mit dem Schlauch der Flasche *C*, der bei der Thorakocentese mit dem Trokar in Verbindung gesetzt wird. Vortr. demonstrirt den Apparat an der Brust eines gesunden Mannes und zeigt, wie das Brustglas sich an der Brust ansaugt, sobald man die Luftverdünnung eintreten lässt, und wie sich dann die Haut wie in einen Schröpfkopf mit blaurother Farbe hineindrängt.

Bei dem Kranken war der Erfolg Anfangs gut, die Lunge entfaltete sich und der Eiter floss reichlich in die Flasche C; dann aber retrahirte sich die Lunge nicht unbedeutend. Der Grund war leider der, dass der Pat. bei Nacht den Schlauch, der zur Flasche C führte, zuklemmte und so die Aspiration aufhob; eine genaue Überwachung des Apparates ist also in der ersten Zeit nach Ausführung der Radikaloperation von Wichtigkeit. Gleichwohl meint Vortr., dass der Fall, wenn er auch nicht ein bestimmtes Resultat gegeben, doch die Ausführbarkeit der Methode nachgewiesen habe; leider habe er später keine Gelegenheit gehabt den Versuch an einem neuen Fall von Empyem zu wiederholen.

In Bezug auf die praktische Ausführung der Methode muss man

vor der Operation den Ort aussuchen, wo das Brustglas zur Brustwand passt und sich luftdicht ansaugen lässt; nach der Operation wird es mittels dreier den Thorax umgebender Touren einer Martin'schen Gummibinde fixirt und dann die Luftverdünnung bewirkt. Die den Eiter aufnehmende Flasche *C* wird täglich gewechselt und währenddessen der zur Glaskapsel führende Schlauch zugeklemmt; sobald die obere Flasche *A* des Aspirators sich in *B* entleert hat, werden beide gewechselt. Zu starke Saugung ist zu vermeiden; wenigstens schien der Kranke eine Saugung, die mehr als 60 cm Fallhöhe entsprach, nicht zu vertragen und der entleerte Eiter nahm durch Beimischung von Blut eine röthliche Färbung an. Spülung der Glaskapsel ist möglich, wenn man vorher in den oberen Rand derselben ein Loch bohren lässt und durch dieses einen mit einem Quetschhahn zu verschließenden kurzen Gummischlauch zieht.

Schließlich spricht Vortr. die Vermuthung aus, dass die Methode der Luftverdünnung auch bei der Bülau'schen Methode der Empyembehandlung Verwendung finden könne. Bei dieser übt Anfangs der Druck des reichlich durch den langen Heberschlauch abfließenden Eiters eine erhebliche Saugung, die zur Entfaltung der Lunge wesentlich beiträgt; dann aber, wenn der Eiter nahezu entleert ist, müsse ein Zeitpunkt eintreten, wo die Saugung aufhöre und wo die Lunge das Bestreben zeigt, sich auf ein geringeres Volumen zurückzuziehen. Hier solle man den in die Pleurahöhle eingeführten Schlauch mit der Flasche *C* des Aspirationsapparates in Verbindung setzen und die Lunge andauernd unter negativem Druck erhalten.

Orig.-Ref.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 20. Juli.** **1889.**

(Aus der med. Abtheilung des Herrn Prof. O. Rosenbach im Allerheiligenhospital zu Breslau.)

Bildung und Darstellung von Indigroth (Indirubin) aus dem Harn.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. Heinrich Rosin,
Assistenzarzt.

In einer Reihe von Veröffentlichungen (Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 1, 13, 17, 22 und 23) hat mein verehrter Chef, Herr Prof. O. Rosenbach, seine Beobachtung über eine eigenthümliche Farbstoffbildung im Urin durch Kochen derselben mit Salpetersäure dargelegt und auf die diagnostische Bedeutung derselben bei

schweren Darmleiden, so wie allgemeinen, schweren Ernährungsstörungen hingewiesen.

Zwei Farbstoffe werden nach ihm in solchen Fällen durch seine Darstellungsmethode gebildet, eine rothe und eine braune Komponente, deren Überwiegen nach der einen oder anderen Seite hin dem Urin einen etwas verschiedenen Farbenton gewährt. Auf seine Veranlassung habe ich mich nun eingehender mit der Farbstoffbildung beschäftigt; die Resultate betreffs des rothen Antheils derselben sollen im Folgenden in aller Kürze hingestellt und demnächst in einer ausführlichen Arbeit aus einander gesetzt werden. Über die braune Komponente — von gleichem diagnostischen Werth, wie es scheint, aber von komplicirterer Zusammensetzung — sollen noch genauere Untersuchungen angestellt werden.

Die erste Aufgabe für die Untersuchung des Farbstoffes war die möglichst vollkommene Darstellung, Isolirung und Reinigung desselben. Da die Darstellung in größeren Mengen nach den Principien der Rosenbach'schen Methode ausgeführt wurde, so sei diese hier nochmals erwähnt.

»Dem Urin wird unter beständigem Kochen so lange Salpetersäure (Tropfen um Tropfen) zugesetzt, bis er eine tief burgunderrothe, im durchfallenden Licht manchmal blauroth erscheinende Färbung annimmt. Der tief dunkelrothe, beim Schütteln einen blaurothen Schaum zeigende Urin wird in charakteristischen Fällen bei weiterem Zusatz von Säure oft anscheinend in seiner Färbung nicht mehr verändert, bis plötzlich, erst nach Hinzufügen von 10 bis 15 (und mehr) Tropfen der Säure unter leichtem Aufbrausen eine Umänderung des Roth in Rothgelb und dann in Gelb — unter besonders starker Gelbfärbung des Schaumes — eintritt.«

»Zu beachten ist, dass man mit der Möglichkeit des Herausspritzens der Flüssigkeit rechnet, und desshalb das Reagensglas nur etwa zu einem Viertel mit Flüssigkeit füllt; den Urin direkt (nicht tropfenweise) mit Salpetersäure aufzukochen, empfiehlt sich nicht. Bei manchen Urinen muss das Kochen unter fortwährendem Säurezusatz lange fortgesetzt werden, ehe eine dunklere röthliche Färbung der Flüssigkeit anzeigt, dass die Reaktion gelingen wird.« (Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 1.)

Bei den zunächst genau auf diese Weise behandelten, den Farbstoff enthaltenden Urinen ergaben sich mir schon bei der Behandlung im Reagensglase bestimmmte, bemerkenswerthe Thatsachen:

1) Der rothe Farbstoff fällt, wie Rosenbach schon ererwähnt, nach kurzer Zeit mit anderen Substanzen größtentheils aus dem Urin aus und kann beim Filtriren auf dem Filter gesammelt werden. In kochendem Wasser ist er unlöslich.

2) Der Farbstoff löst sich leicht in Äther und kann im Reagensglase damit ausgeschüttelt werden.

3) Bei längerem Stehen (24 Stunden) zersetzt sich der Farbstoff im Reagensglase.

4) Nach Neutralisation der Salpetersäure mit Alkalien (z. B. Ammoniak) tritt aber diese Zersetzung nicht ein, so dass der Farbstoff nunmehr auch nach einigen Tagen mit Äther ausgeschüttelt werden kann.

5) Zusatz von Alkalien verhindert auch größtentheils, dass in den Ätherextrakt die braunen Antheile neben den rothen übergehen. Die braunen Bestandtheile sind fast alle in Alkalien löslich, der rothe Farbstoff jedoch nicht.

Will man sich also schon im Reagensglase den rothen Farbstoff ziemlich rein und sofort zu Gesicht bringen, so glaube ich nachfolgendes Verfahren als das geeignetste empfehlen zu können: Man kühlt nach Entwicklung des Farbstoffes das mit dunkelrothem Urin zu einem Viertel gefüllte Reagensglas in einem Glase Wasser ab, versetzt bis zur Alkalescenz mit Salmiakgeist und schichtet ca. 2 ccm Äther über die Flüssigkeit. Dann schüttelt man das Ganze durch, jedoch nicht zu kräftig, um unnöthigen Schaum zu vermeiden. Es setzt sich sehr rasch der schön purpurroth gefärbte Äther über dem nunmehr braun gefärbten Urin ab. Die Stärke dieser Färbung giebt annähernd ein Maß für die Menge des Farbstoffes ab, doch genügt dies nur für ganz allgemeine Schätzungen.

Um nun aber größere Mengen des rothen Farbstoffes aus diesen Urinen behufs Reinigung und Untersuchung desselben zu gewinnen, musste etwas anders verfahren werden. Frische, farbstoffhaltige Urine (mehrere Liter) werden mit neutraler Bleiacetatlösung zunächst möglichst gereinigt und entfärbt, denn es zeigte sich, dass die Muttersubstanz des Farbstoffes in der farblosen Urinflüssigkeit enthalten sei. Hierauf wird das Filtrat (in mehreren Portionen zu $^1/_2$ Liter) über der Flamme im Kolben zum Sieden erhitzt. Der kochenden Flüssigkeit wird aus einer Tropfflasche Salpetersäure in kleinen Portionen à 5 Tropfen und in Pausen von 5 Minuten unter Umrühren zugesetzt. Allmählich erhält die vorher hellgelbe Flüssigkeit eine dunkle, erst dunkelbraune, dann purpurne Färbung. Sobald die Färbung genügend gesättigt erscheint, wird das Kochen unterbrochen, mit Ammoniak sofort alkalisirt und die Flüssigkeit bis zur vollständigen Abkühlung und Ausscheidung des Farbstoffes noch einige Stunden stehen gelassen. Dann werden sämmtliche auf diese Weise behandelten Portionen filtrirt; das Filtrat besteht aus einer rothbraunen Flüssigkeit, während auf dem Filter ein blaugraues bis dunkelbraunes Pulver übrig bleibt. Dieser Rückstand wird erst mit Ammoniak, dann mit Wasser, schließlich mit verdünnter Salzsäure und wieder mit Wasser gewaschen und hierauf in Alkohol ausgekocht. Der purpurfarbene Alkoholextrakt wird abgekühlt (wobei sich Indigblau ausscheidet, welches neben dem rothen Farbstoff stets durch Kochen mit Salpetersäure sich bildet), filtrirt und mit alkoholischer Bleiacetatlösung von einer schmutzigbraunen Substanz befreit, dann wird der Alkohol zum größten Theil abdestillirt und der Rest stark mit Wasser verdünnt, wobei der Farbstoff als schwarzbraunes Pulver ausfällt. Er

wird dann abfiltrirt und behufs Reinigung erst in Äther, nach dem Verdunsten desselben in Chloroform gelöst, nach dessen Verdunsten er krystallinisch, zum Theil in verzweigten Nadeln zurückbleibt.

Der so gereinigte Farbstoff zeigt alle charakteristischen Eigenschaften des Indigroths, wie sie durch die Untersuchungen von Berzelius, Schunck, Baeyer und seinen Schülern festgestellt sind. Diese Eigenschaften werden an anderer Stelle noch eingehender aus einander gesetzt werden. Hier mögen nur folgende angeführt sein:

1) Der Farbstoff giebt, wie Indigroth, eine Küpe; d. h. mit reducirenden Substanzen in alkalischer Lösung, z. B. Traubenzucker, Zinnoxydul, Zinnstaub, wird er entfärbt (Bildung von Indigweiß), beim Stehen an der Luft, noch besser beim Schütteln mit derselben tritt die ursprünglich rothe Farbe wieder ein. Außer dem Indigblau besitzt nur noch Indigroth diese Eigenthümlichkeit unter den hier in Betracht kommenden chemischen Körpern.

2) Der Farbstoff theilt mit dem Indigroth die Eigenschaft der leichten Löslichkeit in koncentrirter Essigsäure, wobei die rothe Lösung einen Stich ins Blaue erhält.

3) Der Farbstoff ist, wie Indigroth, unlöslich in Wasser, Alkalien und verdünnten Säuren. In koncentrirter Schwefelsäure löst er sich langsam mit grauer Farbe, welche beim Erwärmen violett wird (Bildung einer Sulfosäure).

4) Der Farbstoff ist löslich wie Indigroth in Alkohol, Äther, Chloroform, Benzol u. A.; in Äther mit purpurrother, in Alkohol mit purpurvioletter Färbung. Aus Chloroform krystallisirt er zum Theil mit verzweigten Nadeln.

5) Der Farbstoff giebt dasselbe Absorptionsspectrum wie Indigroth (verschieden von Indigblau), welches ein breites Band bildet, das in mäßig koncentrirter Lösung das Grün vollkommen absorbirt. Sehr verdünnte Lösungen absorbiren das Grün nur in dem nach dem Orange zu gelegenen Theile.

6) Von Salpetersäure wird der Farbstoff wie Indigroth schon in der Kälte, noch rascher in der Hitze durch Oxydation zerstört, eben so von anderen Oxydationsmitteln (wie Chlorkalk etc.).

An den Urinen, welche rothen Farbstoff enthielten, wurde auch die gewöhnliche Jaffé'sche Indigoprobe angestellt mit Salzsäure, Chlorkalk und Ausschütteln mit Chloroform. Nach Auswaschen der violett gefärbten Chloroformlösung mit Ammoniak, Verdunsten des Chloroforms, Reinigung des graublauen Rückstandes durch einen Process wie oben beschrieben, wurde neben Indigblau ebenfalls Indigroth gefunden, in desto größerer Menge, je mehr die ursprüngliche Chloroformlösung violett statt blau gefärbt war. Jedoch wurde bei gleicher Urinquantität durch das Kochen mit Salpetersäure stets eine ergiebigere Menge Indigroth entwickelt als vermittels der Chlorkalkmethode, während bei die-

ser mehr Indigblau gefunden wurde. Dies entspricht der bekannten Thatsache, dass Indigroth eine stärkere Resistenz als Indigblau gegen Oxydationsmittel besitzt und dass Indigblau schon durch schwächere Oxydationsmittel gewonnen werden kann. Das Indigroth, etwas sauerstoffreicher als das Indigblau, wird also in dieser Hinsicht zwischen das Indigblau und das Isatin zu stellen sein, also die Scala nach dem Sauerstoffgehalt wäre: Indigweiß, Indigblau, Indigroth, Isatin.

Es beruht also die Violettfärbung der Chloroformausschüttelung gewisser indigoreicher Urine nicht auf Bildung eines Skatolfarbstoffes, sondern auf dem Erscheinen von Indigroth neben Indigblau.

Ferner sei noch die von Rosenbach nachgewiesene Thatsache (Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 1) erwähnt, dass aus solchen farbstoffhaltigen Urinen, schon wenn sie nur mit dem gleichen Volumen koncentrirter Salzsäure versetzt werden (oder durch Kochen mit starker Salzsäure) ebenfalls Indigroth neben Indigblau — jedoch beide in nicht so ergiebigem Maße — gewonnen werden kann.

Endlich sei noch bemerkt, dass, wie schon Rosenbach nachgewiesen hat, indigrothreiche Urine zwar sehr oft, aber nicht immer auch reich an Indigblau sind, d. h. die Rosenbach'sche Methode kann viel Indigroth, die Jaffé'sche dagegen wenig Indigblau ergeben. Andererseits kommt es sehr häufig vor, dass indigblaureiche Urine Indigroth nicht oder nur in Spuren enthalten.

Die gefundenen Thatsachen entsprechen ähnlichen Verhältnissen im Pflanzenreiche. Bekanntlich kommt im käuflichen Indigo neben dem Blau stets auch das Indigroth als Spaltungs- und Oxydationsprodukt des Pflanzenindicans vor. Im Thierkörper muss das im Harn von Brieger und Baumann aufgefundene indoxylschwefelsaure Kali wohl als die Quelle des Indigroths angesehen werden. Es sei hierbei noch bemerkt, dass auch die braunen Bestandtheile des Pflanzenindigos ein Analogon in den braunen Komponenten des Urinfarbstoffes finden, jedoch bedarf diese Frage noch eingehender Untersuchung, zumal jedenfalls auch auf Phenol- und Nitroprodukte, welche die Braunfärbung bestimmen können (O. Rosenbach, von E. Salkowski, Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 10, bestätigt), Rücksicht genommen werden muss.

Schließlich muss noch zu den Ausführungen des Herrn Prof. E. Salkowski (Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 10) Einiges bemerkt werden. Wenn derselbe angiebt, dass jeder normale Urin beim Kochen mit Salpetersäure (übrigens oft schon in der Kälte beim Versetzen mit Salzsäure oder Salpetersäure zu gleichen Theilen) eine röthliche Färbung ergiebt, so muss doch dabei betont werden, dass wesentliche Unterschiede zwischen dieser Färbung normaler Harne und der durch das Auftreten von Indigroth bedingten Roth-

färbung bestehen. Die rosarothe Farbe normaler Urine löst sich erstens nicht in Äther, während Indigroth sich damit vollkommen aus dem Urin ausschütteln lässt. Zweitens wird diese normale Rosafärbung durch nachträgliches Alkalisiren wieder vollkommen zerstört, resp. in Gelb zurück verwandelt, während das Indigroth hierdurch unverändert bleibt. Drittens tritt beim normalen Urin, wenn er völlig durch Bleiacetat entfärbt ist, keine Rosafärbung mehr ein, Indigroth dagegen wird gerade aus der farblosen Flüssigkeit dargestellt; es scheint also vielmehr die Rosafärbung normaler Harne durch Säuren eine Verfärbung des gelben (normalen) Harnfarbstoffes zu sein. Eine Ähnlichkeit zwischen dieser Rosafärbung und dem Indigroth besteht nur darin, dass beide, wie auch Herr Prof. Salkowski erwähnt, bei zu starkem Kochen mit zu viel Salpetersäure in einen gelben Körper verwandelt werden, der mit den anderen Nitroprodukten die Eigenschaft theilt, durch Alkali gebräunt zu werden. Wenn Salkowski weiterhin sagt: »Aus der Indoxyl- und Skatoxylschwefelsäure bildet sich Indigoblau resp. der noch unbekannte Skatolfarbstoff: daher die Rothfärbung des Harnes«, so muss, abgesehen von vorstehenden Untersuchungen, auch noch besonders hervorgehoben werden, dass der von Brieger aus skatoxylschwefelsaurem Kali dargestellte Skatolfarbstoff in seinen Eigenschaften sich wesentlich vom vorliegenden Farbstoff, dem Indigroth, unterscheidet (Unlöslichkeit in Äther etc.).

Die Beobachtungen O. Rosenbach's (wie auch die vorstehenden Untersuchungen) befinden sich also wohl kaum, wie Salkowski vermuthet, im Einklang mit bekannten Thatsachen, sondern beschäftigen sich mit einem diagnostisch, wie chemisch bisher nicht berücksichtigten Bestandtheile des pathologischen Harnes.

---

1. **G. Sticker.** Die Bedeutung des Mundspeichels in physiologischen und pathologischen Zuständen.

(Sonder-Abdr. a. d. Deutschen Medicinal-Ztg. 1888. No. 88. 144 S.)

Verf. bespricht nach einer kurzen Einleitung zunächst die physiologischen Eigenschaften des gemischten menschlichen Mundspeichels. Der Speichel, dessen specifisches Gewicht nach den Angaben der Autoren zwischen 1002—1008 schwankt, ist eine alkalische Flüssigkeit. Die Ergebnisse der in dieser Hinsicht von den verschiedenen Forschern unternommenen Versuche kann man dahin zusammenfassen, »dass der Speichel des Gesunden, wenn er auch zu gewissen Tageszeiten und unter verschiedenen Einflüssen eine von der alkalischen Reaktion abweichende zeigen kann, während der Mastikationsdauer und in den ersten Stunden der Digestion einer größeren Mahlzeit fast ausnahmslos alkalisch reagirt«. Der Speichel übertrifft an CO_2-Reichthum alle anderen Körperflüssigkeiten, während sein N-Gehalt gering ist. Von den chemischen Eigenschaften des Speichels ist die amylolytische besonders wichtig, welche durch eine

große Anzahl von Giften gehemmt resp. aufgehoben wird. Der Einfluss des Speichels auf die Eiweißnahrung ist noch nicht genügend festgestellt. Die physiologische Bedeutung des Speichels ist bei verschiedenen Thieren sehr verschieden. Speichel mit starker diastatischer Kraft haben außer Mensch und Affen: die Frugi- und Herbivoren, besonders Lamm, Kaninchen, Ratte, Maus, ausgenommen Pferd, Rind, Ziege, Reh, Schaf; Speichel mit geringer diastatischer Kraft haben Omnivoren, besonders Schwein, von Herbivoren Pferd, von Wiederkäuern Rind, Schaf, Ziege, Reh, von Nagern Kaninchen. Einen diastatisch unwirksamen oder nahezu unwirksamen Speichel haben Carnivoren, besonders Hund, Katze. Entwicklungsgeschichtlich ist hervorzuheben, dass im Fötalstadium eine Anlage der Speicheldrüsen vorhanden, jedoch erst mit dem Ende desselben die morphologische Ausbildung abgeschlossen ist. In der ersten Zeit des Extra-uterin-Lebens, wo das Kind Milch genießt, ist die Speicheldrüsenfunktion gering, die Nahrung wasserreich und amylaceenfrei. Bei der Weiterentwicklung des Kindes steigert sich auch die Thätigkeit seiner Speicheldrüsen, welche erst nach dem ersten Halbjahr größeres Volumen bekommen. Es folgt hieraus für eine rationelle Kinderernährung, dass die Nahrung des Neugeborenen flüssig und wasserreich und frei von Amylaceen sein soll. Die mechanische und physikalische Bedeutung des Speichels besteht hauptsächlich im Anfeuchten der ersten Verdauungswege, Durchtränken und Lösen der im Wasser löslichen Nahrungsmittel. Chemisch ist der Speichel bei der Mund- und Magenverdauung wichtig. Eine vollständige Einwirkung des Speichels auf stärkehaltige Nahrung im Munde ist nicht möglich, sondern die diastatische Kraft des Speichels muss sich noch im Magen äußern. »Dem Mundspeichel kommt eine wesentliche amylolytische Wirkung zu, welche unter normalen Verhältnissen im Magen in kurzer Zeit regelmäßig bis zur Bildung reducirender Dextrine und Maltose gedeiht. Vermöge seiner Alkalescenz tilgt er im Anfang einigermaßen die seiner Wirkung noch entgegenstehende Magensalzsäure, bis endlich durch das freie überschüssige Magensekret seiner Wirksamkeit ein Ziel gesetzt wird.« Die zwischen Speichel und Magensaft bestehenden Wechselbeziehungen sind derartig, dass der Mundspeichel im menschlichen Organismus auf die Bildung des wirksamen Magensaftes einen wesentlichen Einfluss hat, so dass ein Ausfall der Mundspeichelwirkung eine Verminderung oder Aufhebung der Magensaftsekretion im Gefolge hat, so dass also der Ausfall der Speichelabsonderung nicht allein die Aufhebung der Amylolyse bedingt, sondern auch die Proteolyse im Magen wesentlich beschränkt.

Als pathologische Verhältnisse des Speichels schildert S. dann Anomalien in der Masse des Sekretes. Diese kommen zu Stande durch nervöse Einflüsse (Thierversuche), auf paralytischem und reflektorischem Wege. Das spinale Centrum für die Speichelsekretion ist beim Menschen im Boden des 4. Ventrikels zu suchen. Das zweite, cerebrale, Centrum liegt nach Versuchen an Thieren in der

Gegend des Sulcus cruciatus. Auch psychische Momente beeinflussen die Speichelsekretion. Eine große Anzahl von Stoffen rufen Speichelfluss hervor (Sialagoga), außer Jod und verschiedenen Metallen eine große Anzahl von Alkaloiden; unterdrückend für die Speichelsekretion durch Lähmung der Sekretionsnerven wirken Atropin, Daturin, Cikutin, Nikotin etc. Krankhaft vermehrte Speichelabsonderung kann unter Umständen tiefe Ernährungsstörungen, Marasmus und selbst Tod bedingen. Unter dem Bilde der Pyrosis tritt Speichelfluss bei Magenaffektionen, Leberkrankheiten, Darmhelminthen, Sexualerkrankungen, Unterschenkelgeschwüren auf; ferner in der Schwangerschaft, Lactation, bei geschlechtlichen Erregungen. Zu erwähnen ist noch der vikariirende Speichelfluss. Die Therapie der Sialorrhoe besteht in Beseitigung des Grundleidens, ferner Anwendung von Gargarismen.

Es folgt dann eine Beschreibung des krankhaft verminderten Speichelflusses, der mit dem Speichelverlust nach außen verwechselt werden kann, so wie seiner Behandlung, der Anomalien in der Qualität und procentischen Zusammensetzung und der semiotischen Bedeutung des Speichels (z. B. beim Diabetes). Zum Schluss findet sich in einem Anhange eine Zusammenstellung von Angaben über die therapeutische Verwendung des Speichels zu verschiedenen Zeiten und über seine toxikologische Bedeutung (Gehalt an Bacillen).

Betreffs aller Einzelheiten sei auf die interessante Arbeit selbst verwiesen. **G. Meyer** (Berlin).

---

2. **Ter-Zakariant.** Étude physiologique et thérapeutique de l'Eschholtzia californica.

(Bullet. général. de thérap. 1889. Januar 15.)

Unter Leitung von Dujardin-Beaumetz untersuchte T.-Z. die pharmakotherapeutischen Wirkungen der oben genannten, aus Kalifornien stammenden, zu den Papaveraceen gehörigen Pflanze, indem er ein alkoholisches und ein wässriges Extrakt daraus herstellte, dessen Wirkung er an Fröschen und Kaninchen prüfte. Chemisch ist die Pflanze noch nicht eingehender untersucht, sie soll eine kleine Menge Morphin und noch ein anderes Alkaloid, so wie auch ein Glykosid enthalten. Die nach Injektion in den Magen und unter die Haut an Thieren beobachteten Erscheinungen waren: allgemeine Schwäche und Torpor, Beschleunigung der Athembewegungen, Paralyse der Extremitäten, sowohl motorische wie sensible, Abschwächung und Verlangsamung der Cirkulation. Die Körpertemperatur fiel um ca. 1° C., wenn das Extrakt von seinem Harzgehalt befreit worden war, stieg dagegen um 1°, wenn der harzartige Körper in dem Extrakte noch enthalten war.

Die Versuche an Pat. zeigten, dass die Extrakte von tuberkulös Erkrankten nicht gut ertragen wurden, wohl aber von verschiedenen anderen Kranken, wesshalb T.-Z. seine Extrakte mit der bei der

PROSPEKT.

In unserm Verlage ist soeben erschienen:

ELEMENTE
DER
PSYCHOPHYSIK

VON

GUSTAV THEODOR FECHNER.

Zweite unveränderte Auflage.

Mit Hinweisen auf des Verfassers spätere Arbeiten und einem chronologisch geordneten Verzeichnis seiner sämmtlichen Schriften.

2 Bände. XVI, 346 und XII, 571 S. gr. 8.

Preis geh. ℳ 16.—, geb. (Halbfranz) ℳ 19.—.

Vorwort des Herausgebers.

(Geh. Hofrath Prof. Dr. W. Wundt-Leipzig.)

Nachdem das vorliegende Werk schon seit mehreren Jahren im Buchhandel vergriffen war, hat sich das Bedürfnis nach einem Neudruck desselben immer dringender fühlbar gemacht. Fechner selbst konnte sich zu einer Neubearbeitung seines Hauptwerkes ebenso wenig wie zu einer unveränderten Neuausgabe desselben entschliessen. Er zog es vor, die Untersuchungen und kritischen Auseinandersetzungen, die in einer neuen Auflage hätten Platz finden müssen, in besonderen Schriften zu veröffentlichen. Er hat damit, wie ich glaube, auch objectiv das Richtige gewählt. Ein Werk, das, wie die Elemente der Psychophysik, völlig neue Wege der Forschung einschlägt, wird immer in der ursprünglichen Gestalt, in der es seine Wirkung ausübte, auch vorzugsweise bedeutsam bleiben. Um so mehr war ich daher bereit, nach dem Hinscheiden Fechner's der Aufforderung der Verlagshandlung zu

entsprechen und die Herausgabe einer neuen Auflage zu übernehmen. Es galt mir als selbstverständlich, dass diese nur ein unveränderter Abdruck der ersten sein konnte. Nur glaubte ich die Benutzung der späteren psychophysischen Arbeiten Fechner's durch an geeigneten Stellen in Noten beigefügte Hinweise auf dieselben erleichtern zu sollen. Diese Noten des Herausgebers sind, zur Unterscheidung von den mit Sternchen bezeichneten Anmerkungen des Verfassers, mit Ziffern versehen. Die Hauptschriften, die hiebei zu berücksichtigen waren, sind:

In Sachen der Psychophysik. Leipzig 1877. Abgekürzt citirt: In Sachen.

Revision der Hauptpuncte der Psychophysik. Leipzig 1882. Abgekürzt: Revision. Ferner die letzte psychophysische Arbeit Fechner's:

Über die psychischen Massprincipien und das Weber'sche Gesetz, in: Philosophische Studien, herausgeg. von W. Wundt, Bd. IV. S. 161—230. Abgekürzt: Psychische Massprincipien.

Die übrigen seltener angeführten Arbeiten sind jedesmal unter ihrem vollständigen Titel angegeben.

Selbstverständlich sind die am Schluss des zweiten Bandes der ersten Ausgabe sowie an andern Stellen (namentlich im Anhang zu »In Sachen«) bemerkten Druckfehler und Berichtigungen berücksichtigt worden. Wo jedoch Fechner späterhin sich auf allgemeine berichtigende oder ergänzende Bemerkungen beschränkte, deren Einführung in den Text eine eingreifende Umarbeitung desselben erfodert hätte, glaubte ich mich mit einem in der Note beigefügten Hinweis auf die spätere Berichtigung begnügen zu müssen.

Die Correctur der Druckbogen der vorliegenden Auflage hat Herr Dr. Oswald Külpe übernommen. Zugleich sind von demselben die in den Noten gegebenen Citate nochmals geprüft und mehrfach vervollständigt worden.

Den Verehrern Fechner's wird, wie ich hoffe, das dem ersten Bande angehängte Verzeichnis seiner zahlreichen Schriften eine willkommene Beigabe sein. Ich war durch die Güte der Familie in der glücklichen Lage, der Anfertigung dieses Verzeichnisses ein bis zum Jahre 1880 reichendes und bis dahin beinahe vollständiges »Annuarium der Werke und Abhandlungen des Herrn Professor G. Th. Fechner« von Herrn Stabsarzt Dr. med. Rudolph Müller in Dresden, welches derselbe Fechner zu seinem achtzigsten Geburts-

tage überreicht hatte, zu Grunde legen zu können. Eine absolute Vollständigkeit war übrigens bei diesem Verzeichnis nicht zu erreichen, da zahlreiche kleinere Arbeiten, zum Theil anonym, namentlich in belletristischen Journalen, nicht mehr mit Sicherheit ermittelt werden konnten.

Gleichfalls in unserm Verlage erschienen folgende Werke desselben Verfassers:

Fechner, G. Th., **In Sachen der Psychophysik.** 1877. VIII, 219 S. gr. 8. geh. ℳ 5.—.

— **Revision der Hauptpunkte der Psychophysik.** 1882. XII, 428 S. gr. 8. geh. ℳ 8.50.

— **Vorschule der Aesthetik.** 2 Theile. 1876. VIII, 264 und IV, 319 S. gr. 8. geh. ℳ 12.—.

— **Erinnerungen an die letzten Tage der Odlehre und ihres Urhebers.** 1876. IV, 55 S. kl. 8. geh. ℳ 1.50.

— **Zur Kritik des Mendebrunnens.** 1887. IV, 26 S. 8. geh. ℳ —.60.

Mises, Dr., **Gedichte.** 1841. IV, 187 S. 8. geh. ℳ 3.—.

— **Kleine Schriften.** 1875. VIII, 560 S. 8. geh. ℳ 6.—.

— **Räthsel-Büchlein.** 4. vermehrte Aufl. 1878. IV, 128 S. 16. geb. ℳ 2.—.

An selbständigen Werken des Verfassers der Psychophysik sind anderweit erschienen:

(Dr. Mises.) **Panegyrikus der jetzigen Medicin und Naturgeschichte.** Leipzig, C. H. F. Hartmann. 1822.

Katechismus oder Examinatorium über die Physiologie des Menschen. Leipzig, Baumgärtner'sche Buchhandlung. 1823.

(Dr. Mises.) **Stapelia mixta.** Hamburg, Leop. Voss. 1824.

(Dr. Mises.) **Vergleichende Anatomie der Engel.** Eine Skizze. Leipzig, Baumgärtner. 1825.

Resultate der bis jetzt unternommenen Pflanzenanalysen. Hamburg, L. Voss. 1829.

Elementarlehrbuch des Elektromagnetismus, nebst Beschreibung der hauptsächl. elektromagnetischen Apparate. Hamburg, L. Voss. 1830.

Massbestimmungen über die galvanische Kette. Leipzig, Brockhaus. 1831.

(Dr. Mises.) **Über einige Bilder der zweiten Leipziger Kunstausstellung.** Hamburg, L. Voss. 1839.

(Dr. Mises.) **Vier Paradoxa.** Hamburg, Leop. Voss. 1846.

Nanna oder über das Seelenleben der Pflanzen. Hamburg, L. Voss. 1848.

Zend-Avesta, oder über die Dinge des Himmels und des Jenseits. Vom Standpunkt der Naturbetrachtung. Drei Theile. Hamburg, Leop. Voss. 1851.

Professor Schleiden und der Mond. Leipzig, Adolf Gumprecht. 1856.

Über die Seelenfrage. Ein Gang durch die sichtbare Welt, um die unsichtbare zu finden. Leipzig, C. F. Amelang. 1861.

Über die physikalische und philosophische Atomenlehre. 2. vermehrte Auflage. Leipzig, Hermann Mendelssohn. 1864.

Das Büchlein vom Leben nach dem Tode. Dritte Auflage. Hamburg, Leop. Voss. 1887.

Das dem ersten Bande beigegebene »Chronologische Verzeichnis der Werke und Abhandlungen G. Th. Fechner's« ist für 25 ₰ in Sonderabzügen von uns zu beziehen.

Leipzig, im Juli 1889.

Breitkopf & Härtel.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Dujardin-Beaumetz'schen Richtung üblichen Wärme zum klinischen Gebrauch an Stelle des Morphins empfiehlt.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

3. **Gluzinski.** Über die physiologische und klinische Wirkung des schwefelsauren Spartein (Sparteinum sulfuricum). (Aus dem physiologischen Laboratorium des Prof. Cybulski und aus der medicinischen Klinik des Prof. Korczynski.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 2 u. 3.)

G. hat das schwefelsaure Spartein zum Gegenstand experimenteller und therapeutischer Versuche gemacht und als Resultat des ersteren gefunden, dass es einen ausgesprochenen Einfluss auf den Kreislauf namentlich bei Kaltblütern ausübt, der sich deutlicher nach direkter Applikation auf den Herzmuskel, als nach subkutaner oder intravenöser Injektion zu erkennen giebt und hauptsächlich in einer Verlangsamung der Herzthätigkeit, in geringerem Grade aber auch in einer Steigerung des Blutdruckes besteht. Die Ursache hierfür ist weniger in einer Reizung der Vagi zu suchen, deren Erregbarkeit zwar anfänglich steigt, später jedoch langsam, aber konstant abnimmt, als vielmehr in einer verringerten Erregbarkeit des Herzmuskels.

Auf die motorischen peripheren Nerven ist das Spartein anscheinend ohne Einfluss, in Bezug auf das Rückenmark giebt sich dasselbe zuerst durch Steigerung, später durch Sinken der Reflexe kund; der Tod erfolgt durch Asphyxie, welche wahrscheinlich durch Lähmung der Medulla oblongata und der Athmungsmuskeln verursacht wird.

In therapeutischer Hinsicht hat G. gefunden, dass kleine Dosen Spartein (0,02—0,05) die gestörte Kompensation des Herzens leichter wieder herstellen als größere und fasst die von ihm erzielten Resultate in folgenden Sätzen zusammen.

1) Das Spartein. sulfur. übt bei nicht kompensirten Herzfehlern unstreitbar einen günstigen Einfluss aus.

2) Die Wirkung giebt sich rasch nach Darreichung des Medikamentes durch Hebung des Pulses und namentlich durch Besserung des subjektiven Befindens kund.

Gerade die Raschheit der Wirkung ist die wichtigste Eigenthümlichkeit des Sparteins, während es an Intensität der Wirkung der Digitalis bedeutend nachsteht. G. empfiehlt desshalb die Anwendung des Sparteins in denjenigen Fällen von inkompensirten Herzfehlern, in welchen gefahrdrohende oder sehr beschwerliche subjektive Symptome nicht gestatten, die Wirkung der Digitalis abzuwarten — also als Hilfsmittel für die gleichzeitig verordnete Digitalis; und zweitens wenn die Digitalis ohne Wirkung bleibt, oder deren Verordnung aus irgend einem Grunde kontraindicirt ist. End-

lich könnte man bei Angina pectoris versuchen, durch die rasche Wirkung des Sparteins einen günstigen Erfolg zu erzielen.

Markwald (Gießen).

---

4. W. M. F. Shick. Physiological action of Sulphonal.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1889. No. 1.)

Verf. stellte mit dem Riedel'schen Sulphonal, das er intern darreichte oder subkutan und intravenös zuführte, an Fröschen und Kaninchen Versuche an. Sie bestätigen, was bereits die klinische Erfahrung lehrt, dass es narkotische Wirkung entfaltet, der Muskelerschlaffung und Schwanken beim Gehen am nächsten Tage nachfolgen. Von dem Magen aus wirkt es wegen seiner Schwerlöslichkeit langsamer und weniger stark als bei subkutaner Injektion. Blutproben zeigen keine spektroskopischen Veränderungen. Die Pupillen werden bei Kaninchen leicht verengt, ob direkt oder indirekt durch das Mittel, ist zweifelhaft. Das Sulphonal afficirt weder die motorischen noch sensiblen Nerven und hat auf die Muskelkontraktion keinen qualitativ oder quantitativ hemmenden Einfluss. Es setzt nur durch Reizung der Setschenow'schen Centren die Reflexerregbarkeit herab, gelegentlich erhöht es letztere. Auf das Herz wirkt es sehr wenig, es vermehrt nur in ganz geringfügiger Weise die Pulszahl. Die Arterienspannung ist kurz nach der intravenösen Injektion herabgesetzt, nachher gesteigert. Die Respiration wird verlangsamt, Durchschneidung der Vagi alterirt diesen Effekt nicht. Sein Verhalten gegen Herz und Athmung verleiht dem Sulphonal den Vorrang vor Chloral.

J. Ruhemann (Berlin).

---

5. Keimer. Über Kehlkopftuberkulose, ihre Behandlung und Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 46—52.)

K. giebt in einem Vortrage einen kurzen Überblick über die Therapie der Kehlkopftuberkulose und flicht gelegentlich Bemerkungen über seine eigenen Erfahrungen über den Werth einzelner Mittel und Behandlungsmethoden ein. So hat er günstige Erfolge von Mentholeinspritzungen bei reizbaren empfindlichen Personen und leichten geschwürigen Formen gesehen. In den meisten Fällen jedoch macht er konsequenten und energischen Gebrauch von der Milchsäure und in der letzten Zeit von deren Kombination mit dem Curettement. Jeder Pinselung mit Milchsäure wird eine Anästhesirung mit 10—20%iger Cocainlösung vorausgeschickt, die Pinselung je nach dem Grade der Reaktion täglich oder nur jeden 2.—3. Tag vorgenommen. Nebenbei werden noch Inhalationen von Menthol mittels des Schreiber'schen Inhalationsapparates vorgenommen, von Arsenik hat K. wenig Erfolg gesehen, vom Terpen (1,0 pro die) und vom Kreosot vermag er Besseres zu berichten.

Die sehr interessanten Mittheilungen des Verf. werden durch

eine Reihe von Krankengeschichten illustrirt, unter denen besonders wichtig erscheinen 2 Fälle von primärer Larynxphthise, welche bei langdauernder sorgfältiger Beobachtung keine Spur von Lungenerkrankung nachweisen ließen und schließlich zur Heilung gelangten.

Seifert (Würzburg).

Kasuistische Mittheilungen.

6. Obalinski und Jaworski. Ein Fall von Pylorusresektion nebst Untersuchungen über die Änderung der Magenfunktion nach erfolgter Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 5.)

Bei einer 64jährigen Frau hat O. die Resektion des Pylorus wegen Carcinom mit glücklichem Erfolge ausgeführt, und J. hat nach erfolgter Heilung eine sorgfältige Prüfung der Magenfunktionen angestellt.

Folgende klinische Symptome ergaben sich zunächst in Folge des operativen Eingriffs: Zunahme der Kräfte, starker Appetit, Schwinden des vorher sehr hartnäckigen Erbrechens, regelmäßiger Stuhlgang; dagegen blieben unverändert: Hautfarbe und kachektisches Aussehen, Körpergewicht, Eiweißgehalt des Urins.

Störungen in der mechanischen Thätigkeit des Magens zeigten sich in folgender Richtung:

a) Die Elimination des Mageninhaltes erschien, durch sämmtliche Verdauungsproben geprüft, stets verspätet; jedes Mal fanden sich bei Untersuchung des nüchternen Magens noch Speisereste vom vorigen Tage.

b) Viermal fanden sich im aspirirten Mageninhalte größere Quantitäten von Galle.

c) Es besteht keine Inkontinenz des Magens und die Passage nach dem Darm ist frei.

Der Verdauungschemismus fand sich hochgradig herabgesetzt: keine Spur von freier Salzsäure; künstliche Verdauungsversuche zeigen nur noch Spuren von Pepsin; weder Labferment in neutralisirtem, noch Labzymogen in alkalisirtem Filtrat konnten nachgewiesen werden. Bei Einführung von HCl zeigte sich, dass eine große Quantität derselben im Magen latent gemacht wird.

Es geht aus diesen Befunden hervor, dass weder die mechanische noch die chemische Thätigkeit des Magens nach der Operation zur Norm zurückgekehrt ist. Es sprechen dieselben ferner gegen die Ansicht Riegel's, dass die freie Salzsäure durch den carcinomatösen Magensaft gebunden werde, da hier auch nach Entfernung der ganzen Neubildung freie Salzsäure im Mageninhalt fehlt. Eher scheint der Fall die Ansicht vieler Autoren (Korczynski und Jaworski, Ewald, Boas) zu bekräftigen, dass sich das Carcinom in einem Magen entwickelt, wo die Salzsäure schon defekt ist und zwar gewöhnlich auf dem Boden des schleimigen Magenkatarrhs.

M. Cohn (Berlin).

7. Petit. Du traitement des hémorrhagies par la révulsion sur la région hépatique.

(Bullet. génér. de thérap. 1888. p. 49—70.)

Bekanntlich haben Monneret und Verneuil seit Jahrzehnten den Gedanken nicht los werden können, dass ursächliche Beziehungen zwischen rebellischen spontanen und traumatischen Blutungen und Leberkrankheiten existirten, und in solchen Fällen die Applikation der kalten Dusche oder von Vesikatoren auf die Lebergegend blutstillend zu wirken vermag. Zur Illustration der kurativen Wirkung wurde auf den Nachweis eigenartiger Anastomosenbildungen zwischen den Wurzeln der Pfortader und den Hämorrhoidalvenen durch Duret hingewiesen.

Verf. veröffentlicht nun einige ganz lesenswerthe Krankengeschichten, nach denen hartnäckige Formen von Epistaxis, Hämorrhoidalblutung, Hämoptoe und

»chirurgische« Blutungen, nachdem sie den gewöhnlichen Mitteln Widerstand geleistet, in Folge (nach? Ref.) der oben genannten Methoden der »Revulsion« zum Stillstand gelangten. Über die Art der anatomischen Erkrankung der Leber und ihrer Funktionsstörung verlautet nichts Genaues. **Fürbringer** (Berlin).

8. Ebermayer. Über Knochenerkrankungen bei Typhus. (Aus der med. Klinik in Kiel.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXIV. Hft. 2 u. 3.)

E. stellt 8 Fälle von Typhus aus der medicinischen Klinik in Kiel zusammen, in welchen sich an verschiedenen Knochen ohne nachweisbares Trauma eine Periostitis entwickelte, meist leichteren Grades und schnell vorübergehend, manchmal länger andauernd und mit Fieber verlaufend, aber nur zweimal zu Eiterung führend. Es ist ihm gelungen in dem Eiter des einen dieser Fälle — der andere ist darauf nicht untersucht worden — und in dem durch Incision entleerten periostalen Blut eines anderen, längst schon in der Rekonvalescens befindlichen Pat., reichliche Typhusbacillen ohne jede Beimischung anderer Bakterien nachzuweisen und er ist darum der Meinung, dass die Bacillen auch in den anderen Fällen als Erreger der Periostitis anzusehen sind.

Seiner Ansicht nach gelangen sie in das Periost aus dem nach Bau und Funktion in mancher Hinsicht der Milz analog gearteten Knochenmark und in einem Falle gelang es ihm auch, aus dem Mark einer post mortem resecirten, übrigens nicht erkrankten Rippe eine kleine Anzahl Typhusbacillen zu erhalten (während in dem Femur desselben Pat. keine enthalten waren). Er glaubt, dass die periostale Entzündung mit einer ungewöhnlichen Vermehrung der Typhusbacillen — wie in den beiden oben erwähnten Fällen — zusammenhängt und dass die Bacillen durch die Haversi'schen Kanäle aus dem Mark in das Periost vordringen. Verf. macht übrigens selbst die Einschränkung, dass nicht alle Knochenerkrankungen bei Typhus durch Bacillen bedingt sind. **Markwald** (Gießen).

9. Demme. Über das Auftreten von Gelenkstörungen nach akuten Infektionskrankheiten bei Kindern.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 1. p. 3 ff.)

Durch eine Abbildung des erkrankten Knaben veranschaulicht, beschreibt D. den Verlauf einer Synovitis scarlatinosa, die aber vielfach von dem gewöhnlichen Bilde abweicht. Während die scarlatinöse Synovitis in der Regel nur auf wenige Gelenke greift, so wie meist nach kurzer Dauer in volle Genesung übergeht, handelt es sich hier um eine fast universelle Gelenkerkrankung, welche allmählich von der einfachen Synovitis zur Panarthritis führt mit besonders augenfälliger Auftreibung der epiphysären Stützen der Gelenke; die Dauer war ungewöhnlich lange, noch nach einem Jahre der Process nicht beendigt. Aus der Behandlung dieses Falles ist zu merken, dass nur die konsequente Darreichung des Jodkalium neben der lokalen Behandlung Erfolg aufzuweisen hat. Während die Untersuchung des Inhaltes eines Unterkieferlymphdrüsenpacketes zweifellos Tuberkelbacillen nachwies, ergab der Inhalt, dem rechten Kniegelenk entnommen, nach allen Regeln untersucht, keinen tuberkulösen Ursprung. **Prior** (Bonn).

10. Kompe (Großalmerode). Kniegelenksentzündung als Komplikation von Masern.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. Bd. XXIX. p. 420.)

K. sah in der 2.—3. Woche nach Ausbruch des Masernexanthems bei zwei Knaben (5—6 Jahre alt) eine doppelseitige akute Kniegelenksentzündung mit hohem Fieber (bis 40,5°). Auf Eisbehandlung ging die Affektion in 5—6 Tagen zurück. An eine zufällige Komplikation glaubt Verf. nicht. **Kohts** (Straßburg i/E.).

11. Joachim (Berlin). Über Psychosen nach Scharlach im Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. Bd. XXIX. p. 333.)

So selten die Psychosen im Kindesalter sind, sie scheinen dem Verf. doch häufiger zu sein, als die bisherigen Statistiken angeben, welche durch verschiedene

Momente etwas herabgedrückt werden. Nächst der Erblichkeit und den Kopfverletzungen bilden Infektionskrankheiten, besonders Typhus, die häufigsten Ursachen der kindlichen Psychosen. Verf. beobachtete einen Fall akuter Paranoia von 36stündiger Dauer in der Rekonvalescenz einer nicht schweren Scharlacherkrankung, welche durch einen Abscess am Halse komplicirt war, und nimmt daraus Veranlassung, die bisher veröffentlichten Fälle zusammenzustellen. Es fanden sich noch 15, von denen jedoch 2 nicht rein sind. Danach spielt das Geschlecht bei der Entstehung der Psychosen nach Scharlach keine Rolle. Der Disposition der Scarlatina entsprechend waren 10 Pat. bis zu 10 Jahre alt. In 9 Fällen wird der Scharlach als ein Fall schwererer Art bezeichnet. 4mal fiel der Ausbruch der Psychose in die Rekonvalescenz, 10mal in das Stadium defervescens, nie in die Höhe der Erkrankung. Der Art nach findet sich 11mal hallucinatorische Paranoia, je 1mal Melancholie mit Angstgefühl und Sinnestäuschungen, Neurasthenia cerebralis, maniakalische Exaltation (Hypomanie?) verzeichnet. Der Inhalt der Wahnvorstellungen hing zuweilen nachweislich mit Gegenständen zusammen, die den Kranken vorher beschäftigt hatten. Die Dauer der Geistesstörung war verschieden. Sie betrug 12 Stunden bis 3 Wochen; in 2 Fällen trat keine völlige Heilung ein. Diese beiden waren hereditär stark neuropathisch belastet, wie denn in 9 Fällen eine mehr oder minder schwere Belastung ausdrücklich erwähnt wird. Diese ist es auch, welche die im Allgemeinen sehr günstige Prognose trüben kann. Fragt man sich nach der Ursache des Auftretens der Psychosen, so liegt dieselbe weniger in der Schwere und Art der Infektionskrankheit, als in der Individualität des Pat., so dass die Krankheit, hier speciell Scharlach, nur die Gelegenheitsursache für die Entstehung der geistigen Störung abgiebt. Diese wird begünstigt durch die Schwächung, welche der Organismus durch die Infektionskrankheit erfahren hat (daher meist im Stadium defervescens) und durch einen mehr oder weniger heftigen »Shock«, der sich oft zur Zeit des Temperaturabfalles bei akuten fieberhaften Krankheiten einstellt und der die Erscheinungen von Collaps hervorruft, welche oft die Psychosen begleiten. Derselbe ist wohl bedingt durch eine akute Hirnanämie. Auch die Rekonvalescenzpsychosen sind in dieser Weise aufzufassen, daher die Bezeichnungen Collaps delirium, Inanitionsdelirien, asthenische Psychosen etc. Mit einer kurzen historischen Übersicht über die Kenntnis der Psychosen bei akuten fieberhaften Krankheiten schließt Verf. seine Arbeit.

Kohts (Straßburg i/E.).

12. **Fr. Dornblüth (Rostock). Schularzt und Hausarzt.**

(Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. Bd. XXIX. p. 268.)

Verf. spricht sich, indem er andere Punkte der Schulhygiene nur berührt, dringend für die Nothwendigkeit von Schulärzten aus, ohne indessen dem weitgehenden Verlangen des Prof. Cohn zuzustimmen, wonach der Arzt nicht nur Misstände aufdecken, sondern auch mit diktatorischer Gewalt ihre Abstellung erzwingen sollte. Auch kann den Schulärzten nicht, wie es in Frankreich und Belgien durch Gesetze geschah, die persönliche Hygiene und die ärztliche Behandlung aller möglichen Krankheiten der Schulkinder übertragen werden. Diese Aufgabe fällt dem Hausarzt zu und durch das Zusammenwirken des Hausarztes, der die Persönlichkeit des einzelnen Kindes und dessen Verhältnisse außerhalb des Hauses genau kennt, mit dem Schularzte, welcher die der Schule anklebenden Gesundheitsschädlichkeiten erkannt hat und im Schulaufsichtsrath, wo er Sitz und Stimme haben soll, für deren Abstellung wirken kann — durch das Zusammenwirken beider wird allein das gewünschte Resultat erzielt werden. Über das Leben der Kinder außerhalb der Schule — das Gebiet des Hausarztes — werden dann zahlreiche beachtenswerthe Anweisungen gegeben bezüglich der häuslichen Ordnung, der Arbeiten, Privatstunden, Nebenstunden, Ernährung etc.

Kohts (Straßburg i/E.).

13. **Bumke (Stolp). Zur Lehre von Inversion und Prolapsus der Blase**

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXIX. p. 411.)

Verf. beobachtete einen Fall dieses seltenen Leidens, von dem er nur 6 in der Litteratur vorfand, bei einem Mädchen von 14 Monaten. Bereits 3 Monate

früher hatte die Mutter während einer hartnäckigen Verstopfung im Anschluss an eine erschwerte Stuhlentleerung in der Schamspalte eine kirschgroße, hellrothe Geschwulst bemerkt, die sich spontan zurückzog. Als Verf. den Fall zu Gesicht bekam, war der Tumor zunächst stets leicht reponirbar, bis eines Tages derselbe pflaumengroß vortrat, dunkelroth, mit Blutgerinnseln bedeckt. Dauernd ergoss sich über denselben eine helle Flüssigkeit, Urin. An dem Tumor waren zwei kleine Öffnungen, die Mündungen der Uretheren, sichtbar. Jetzt war die Reposition schwierig. Sie blieb erst dauernd, als der kleine Finger in die Urethra eingeführt worden war. Bindendruckverband, Regelung der Defäkation. 9 Tage später Harnverhaltung, wohl durch Einklemmung der Blase in die Urethra. Der durch Katheter entleerte Urin enthielt mikroskopisch viel Eiter. 3 Wochen später wurde die Inversion zum letzten Mal beobachtet; seitdem ist sie nicht wieder eingetreten. Das sehr heruntergekommene Kind erholte sich völlig. Bezüglich der Ätiologie zieht Verf. den trichterförmigen Übergang der kindlichen Harnblase in die Urethra, die Kürze und Dehnbarkeit der weiblichen Harnröhre heran; Diarrhoe und Verstopfung können als Veranlassung dienen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

14. L. Laquer (Frankfurt a/M.). Zur Lokalisation der sensorischen Aphasie.

(Neurolog. Centralblatt 1888. No. 12.)

74jährige, gesunde, neuropathisch nicht belastete Frau hatte kurz nach einander zwei apoplektiforme Anfälle, von denen der letztere mit einer in 24 Stunden verschwindenden Parese der rechten Körperhälfte einherging. Nach dem letzten Insulte zeigten sich sofort Sprachstörung und Mangel des Wortverständnisses. Es bestanden dabei Apraxie für 8—10 Wochen und Paralexie. Die Artikulation war gut, aber es zeigte sich Paraphasie. Die Worttaubheit besserte sich nur höchst wenig. Sie starb an katarrhalischer Pneumonie.

Die Sektion ergab eine gelbliche Erweichung des vordersten Theiles der ersten linken Schläfenwindung in einer Ausdehnung von etwa 4—5 cm. Die Rindenschicht des hinteren Drittels war ebenfalls erweicht. In der Tiefe hingen die Herde zusammen und reichten unterhalb der Insel bis zu der basalen Fläche des Putamen und bis zum Claustrum. Zwischen Gyrus angularis und Gyrus occipitalis secundus war ein etwa 10pfennigstückgroßer oberflächlicher Herd. Embolie desjenigen Zweiges der Art. foss. Sylv., der sich zu der ersten Schläfenwindung begiebt, hat durch Vernichtung dieses Gebietes das Centrum für die akustische Wahrnehmung der Worte ausgeschaltet. **J. Ruhemann** (Berlin).

15. E. Siemerling. Zur Lehre von der kongenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XX. p. 102.)

Verf. schildert ausführlich einen Fall von kongenitaler Hirn- und Rückenmarkssyphilis. Da derartige Fälle an sich selten, exakte klinische und anatomische Untersuchungen derselben natürlich noch seltener, ist die Ausführlichkeit, mit welcher Verf. über die Krankengeschichte und den Befund an der Leiche berichtet, sehr willkommen zu heißen. Die große Mannigfaltigkeit der Symptome während des Lebens und der post mortem gefundenen anatomischen Processe gestattet nicht, hier auf die Einzelheiten einzugehen; Ref. muss bezüglich derselben, eben so wie bezüglich der Epikrise, auf das Original verweisen; 3 Tafeln mit Abbildungen veranschaulichen den Sitz und die Beschaffenheit der Veränderungen.

von Noorden (Gießen).

16. J. Neumann (Wien). Über die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen.

(Wiener med. Presse 1888. No. 34.)

52 Kranke wurden mit 344 Injektionen behandelt. Bis zum völligen Schwinden aller syphilitischen Symptome waren durchschnittlich 7½ Injektionen nothwendig. Als Einspritzungsflüssigkeit fand zuerst die Suspension von Kalomel und Kochsalz ãa 5,0 : 50 Wasser Verwendung, später die Kalomel-Ölsuspension (1,0 : 10,0).

Eine kürzere Behandlungsdauer als bei den übrigen Kurmethoden wird durch die Injektionen nicht erreicht, eher eine weit längere. Abscesse traten nur 3 auf. Wenn diese Methode auch bequemer für den Kranken ist, so ist sie doch nicht sehr zweckmäßig; auch in ganz frischen Fällen wichen die Symptome nur langsam; schwerere Formen bedurften oft einer großen Zahl von Einspritzungen. Außerdem wurde das rasche Auftreten von Recidiven sehr häufig beobachtet.

Leubuscher (Jena).

17. **Anderson.** Über einen Fall von primärem Schanker auf der Wange.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 5.)

Ein 29jähriger Mann, welcher einen Schlag auf das rechte Auge erhalten hatte, ließ sich die Wunde von einem Bekannten, in dessen Munde späterhin Schleimhautknötchen nachgewiesen wurden, aussaugen. Nach 3 Wochen entwickelte sich unter dem rechten Auge ein Geschwür, welches bald 2 Zoll im queren und $1^1/_2$ Zoll im vertikalen Durchmesser einnahm. Nach weiteren 8 Tagen Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen, namentlich rechts. Roseola auf Rumpf und Gesicht. Innerliche Darreichung von Merkur. Nach 10 Wochen Vernarbung des Geschwürs und Involution der Drüsen. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

18. **Sergiu.** L'état actuel de la pellagre en Roumanie.

(Arch. roum. de méd. et de chir. 1889. Januar.)

Wir erfahren aus dieser interessanten Zusammenstellung, dass in Rumänien mit einer Einwohnerzahl von 5339650 Seelen sich 10626 Pellagröse befinden. Der größte Theil der Arbeit bezieht sich auf geschichtliche und statistische Daten über das Erscheinen und die Verbreitung der Pellagra in den einzelnen Distrikten des Landes. Hierfür sei auf das Original verwiesen. **Joseph** (Berlin).

19. **Boicesco.** De l'érythème noueux palustre.

(Arch. roum. de méd. et de chir. 1889. Januar.)

Verf. hat eine Anzahl Fälle beobachtet, in welchen sich als Symptom der Intermittens ein Erythema nodosum entwickelte, welches auf Verabreichung von Chinin schnell zurückging. Es wurde bisher nur bei Kindern gesehen, stellte sich immer erst nach mehreren Fieberanfällen ein und verschwand mit Rückgang des Fiebers. Hieraus ergeben sich die differentialdiagnostischen Merkmale zwischen dem gewöhnlichen rheumatischen Erythema nodosum und dieser Varietät.

Joseph (Berlin).

20. **Török.** Zur Infektionsfrage der Herpesarten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 2.)

In Dr. Unna's Hautklinik waren im Anschluss an einen intercostalen Zoster bei einem jungen Mann 4 Fälle von Herpes labialis resp. facialis aufgetreten. Das Auftreten dieser von T. als »epidemisch« geschilderten Fälle spricht nach Verf. dafür, dass Zoster und die anderen Herpesarten von demselben Virus hervorgerufene, aber graduell verschiedene Processe sind.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

21. **Lindt.** Über einen neuen pathogenen Schimmelpilz aus dem menschlichen Gehörgang.

(Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. p. 257.)

Beschreibung eines im menschlichen Gehörgang gefundenen Schimmelpilzes, der, dem Aspergillus fumigatus sehr ähnlich, sich von ihm u. A. dadurch unterscheidet, dass als Fruktifikationsorgane nicht nur Conidien, sondern auch Perithecien mit Asci- und Ascosporen zur Beobachtung kommen. L. klassificirt den Pilz in Folge dessen zu den Eurotien und zwar als »Eur. malignum«, da er in demselben Sinne wie Aspergillus fumigatus, flavus und niger für Kaninchen pathogen ist. **H. Neumann** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

22. Charcot. Oeuvres complètes. Tome V. Maladies des poumons et du système vasculaire.

Paris, **Aux bureaux du Progrès médical,** 1888. 654 S.

Bourneville, der bekannte Herausgeber der allgemein geschätzten und berühmten Vorlesungen C.'s sur les maladies du système nerveux hat in dem vorliegenden stattlichen Bande die das Gebiet der Lungen- und Gefäßerkrankungen umfassenden Abhandlungen und Vorträge des Meisters der Pariser Klinik gesammelt und dieselben in übersichtlicher Zusammenstellung dem ärztlichen Publikum zugänglich gemacht. Es sind nicht wissenschaftliche Arbeiten und Untersuchungen, welche lediglich den letzten Jahren der Thätigkeit C.'s entstammen; im Gegentheil, die überwiegende Mehrzahl unter ihnen ist älteren Datums und fällt in die Zeit, als C. noch den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie bekleidete. Daher ist es auch begreiflich, dass ein Theil von ihnen mehr anatomisches als klinisches Interesse darbietet. In Folge einer überaus zweckmäßigen Anordnung, bei welcher der Herausgeber, unterstützt von den Rathschlägen Gombault's, in erster Linie auf den Inhalt der betreffenden Abhandlungen und nicht auf ihre chronologische Reihenfolge Rücksicht nahm, macht das ganze Werk trotz seines mannigfaltigen Inhaltes doch den Eindruck einer gewissen Einheitlichkeit. Die Einleitung bilden Vorträge über die normale Struktur der Lunge und das Verhalten des Alveolarepithels unter normalen, wie pathologischen Verhältnissen. Es folgen im Anschluss hieran anatomische Betrachtungen über die verschiedenen Formen der Bronchopneumonie und die Betheiligung des Lungenepithels bei den durch dieselbe erzeugten Veränderungen. Indem C. die irritativen Wucherungsvorgänge im Bereich dieses Epithels, bei denen die Elemente desselben bis zu einem gewissen Grade den fötalen Habitus wieder gewinnen, mit analogen Vorgängen an dem Parenchym der großen Unterleibsdrüsen (Leber, Niere) bei chronisch entzündlichen Processen derselben vergleicht, entwickelt er seine bekannte Lehre von den Cirrhoses viscerales epitheliales. Eine Kritik derselben erscheint hier um so weniger angebracht, als es sich, wie gesagt, nicht um eine Publikation neueren, sondern älteren Datums (1877) handelt. Wir führen unter den weiteren Abhandlungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten die gegenwärtig nur mehr einen historischen Werth beanspruchende Thèse d'agrégation des Verf. [de la pneumonie chronique (1860)] an, ferner die überaus wichtigen, den Jahren 1877—1878 entstammenden Vorträge über chronische Pneumonie an, in welchen die Frage von der Möglichkeit des Überganges der genuinen fibrinösen Pneumonie in Induration behandelt wird. In dem dritten Theil des Werkes, welcher Veränderungen des Blutes (Leukocythämie und Melanämie) behandelt, beansprucht namentlich die Abhandlung über das Vorkommen und Verhalten der im Blut und den Organen Leukämischer gefundenen Krystallbildungen (Charcot-Leyden'sche Krystalle der deutschen Autoren) historisches Interesse. Es geht aus ihr hervor, dass schon im Jahre 1856 C. diese Gebilde in den gerinnselförmigen Bestandtheilen des Auswurfs eines Asthmatikers gefunden hat, ohne dass er allerdings die Beobachtung speciell auf diesem Gebiete weiter fortsetzte. Indem wir schließlich auf die dem vierten Theil (Maladies du système vasculaire) eingefügten beiden Vorlesungen über Claudication intermittente, von denen die eine erst vor 2 Jahren publicirt wurde, hinweisen, glauben wir, dass diese, wenn auch nur summarische Inhaltsangabe des Gesammtwerkes genügt, um zu zeigen, dass dasselbe eine Fülle wissenswerther und bedeutender Beobachtungen enthält und somit einen werthvollen Zuwachs zu den gesammelten Abhandlungen des Verf. bildet.

A. Fraenkel (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und ein Prospekt: Fechner, Elemente der Psychophysik. Zweite Auflage.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. Sonnabend, den 27. Juli. 1889.

Zur Ätiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica, deren Behandlung, und der Blasengriff.

Von

Dr. **M. Lewentaner** in Konstantinopel.

Anfangs Frühling gingen 2 Knaben im Alter von 13 resp. 8 Jahren nach dem Ok-Meïdan, einem offenen formidablen Plateau an der Nordwestseite der Stadt — woselbst die früheren Sultane in Pfeilschüssen sich übten. Trotz des schönen Frühlingstages herrschte ein sehr stürmischer Wind. Von diesem Tage an erkrankten beide Kameraden, die auch in demselben Hause wohnten — einer im Erdgeschoss, der andere im 4. Stocke — gleichzeitg. Sie lebten in ärmlichen Verhältnissen, jede ihrer respektiven Famlien bewohnte nur ein Zimmer, wo gekocht, gewaschen, geschlaffen etc. wurde. Die Krankheit begann mit Schüttelfrost, Erbrechen, hohem Fieber und heftigen Kopf- und Nackenschmerzen. Als ich zu dem einen (13jährigen) Knaben am 3. Tage der Krankheit gerufen wurde, konstatirte ich eine ausgeprägte Genickstarre, Pat. antwortete kaum noch auf Fragen, der Kopf war starr nach hinten gezogen und in das Polster gebohrt. Gesichtszüge

blass, verfallen, Zunge nicht belegt und feucht. Milz nicht vergrößert. Temperatur 39,8°, Puls regelmäßig, voll, 110 Schläge in der Minute. Pat. stöhnte fortwährend. Es gesellten sich bald Delirien und gänzliche Benommenheit hinzu, die bis zum Nachlasse aller krankhaften Erscheinungen anhielten. Von anderen motorischen Reizphänomenen, außer der Genickstarre, war nichts zu bemerken, dagegen bildete sich schon frühzeitig eine Parese der Unterextremität aus.

Was die Therapie betrifft, so wurde in diesem Falle antiphlogistisch verfahren. In erster Reihe wurde eine 10%ige Merkur-Lanolin-Opium-Jodjodkaliumsalbe auf den geschorenen Kopf applicirt, darüber eine Eisblase. Innerlich: Jodkalium, Opium und Chloral. Bei sehr hohem Fieber wurde zeitweise Antipyrin gebraucht. Es wurden indess nur mäßige Dosen desselben angewandt und in Folge dessen hielt sich die Temperatur auf 38—38,5°, nie darunter. Die von Holt in diesem Centralblatt 1887 mit Erfolg angegebene Jodoforminunction ließ mich bei 2 Fällen von Meningitis tuberculosa gänzlich in Stich.

Auf der Höhe der Krankheit, etwa am 15. Krankheitstage, entstand ein beständiges Speien des Pat. Dasselbe konnte aber jedenfalls nicht als Merkursalivation aufgefasst werden, da gar keine Zahnlockerung, keine Zahnfleischanschwellung, kein Speichelfluss aus dem Munde etc., welch letzteren man bei dem betäubt daliegenden Pat. zu erwarten gehabt hätte, bestand. Mit der Wendung der Krankheit und dem Nachlassen der Krankheitserscheinungen, etwa am 22. Tage, verschwand — obschon die Salbenkappe nicht abgelegt wurde — eo ipso der Ptyalismus. Es hat sich demnach anscheinend um eine Reflexäußerung seitens des Digestionstractus gehandelt. Pat. konnte vom 25. Krankheitstage an als gerettet betrachtet werden und der günstige Ausgang dieser schweren Erkrankung musste jedenfalls dem aktiven Eingreifen zugeschrieben werden, um so mehr, als Pat. schlecht genährt, von schwacher Konstitution war und in der Schule sich sehr viel anstrengen musste, ferner aber der jüngere Kranke, ein 8jähriger Knabe, von bedeutend kräftigerer Konstitution, der Krankheit schon am 8. Tage erlag. Dieser wurde von einem Quacksalber indifferent oder, besser gesagt, gar nicht behandelt und die Abführmittel, die man dem Kinde öfters reichte, hatten den Zustand bedeutend verschlimmert. Als ich am 7. Tage den Kranken sah, machte er den Eindruck eines schweren Typhösen, es fehlte aber die Milzanschwellung etc. und es bestand ausgesprochene Nackenstarre und Panophthalmie. Pat. lag augenscheinlich in den letzten Zügen, er starb auch am Tage darauf. Es war kein Zweifel, dass man es hier ebenfalls mit Meningitis cerebrospinalis epidemica zu thun hatte: der foudroyante Verlauf und die gemeinschaftliche Anamnese sprachen dafür.

Da bei diesem Pat. seit etwa 40 Stunden gar keine Urinabsonderung zu Stande kam, so wandte ich den künstlichen Detrusorgriff an — ich hatte keinen Kinderkatheter mit — und der Urin kam im Strahle heraus. Dieser Griff wurde von mir bereits vor etwa 3 Jahren bei einem 4jährigen Knaben, der an Meningitis tuberc. zu Grunde ging, zuerst angewendet. Der Pat. hatte seit etwa 2 Tagen keinen Tropfen Harn gelassen und man konnte bei den hiesigen Instrumentenhändlern keinen Kinderkatheter auftreiben. In dieser verzweifelten Lage umgriff ich die Blase von den Bauchdecken her mit beiden Händen und übte so einen mäßigkräftigen stetigen Druck von oben und den Seiten nach unten zu, worauf der Urin in hohem, starkem Strahle hervorspritzte. Ich veröffentlichte damals diesen Griff nicht, in der Meinung, es sei möglicherweise mancher praktische Arzt im Nothfalle auf denselben Gedanken eben so gekommen wie ich. Diese meine Voraussetzung stellte sich in der That als richtig heraus, indem die manuelle Expression der Harnblase unlängst von Heddäus in der Berliner klin. Wochenschrift 1888 No. 43 beschrieben wurde. Bald darauf nahm Jesos Chico aus Mexiko die Priorität derselben für seinen verstorbenen Lehrer Brasseti in Anspruch. Doch glaube ich, dass, was die Anciennetät in der Ausübung dieser Manipulation betrifft, ich dieselbe für mich beanspruchen darf.

---

1. A. Kossel. Über das Theophyllin, einen neuen Bestandtheil des Thees.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 3. p. 298.)

Diese neue aus dem Alkoholextrakte des Thees gewonnene Base stimmt in ihrer elementaren Zusammensetzung $C_7H_8N_4O_2$ mit derjenigen des Theobromins und Paraxanthins überein, unterscheidet sich aber von beiden Körpern durch Schmelzpunkt, Krystallisation, das Verhalten zu Natronlauge u. a. m. Sie giebt keine Xanthinreaktion, hinterlässt aber beim Eindampfen mit Chlorwasser einen scharlachrothen Rückstand, der sich mit Ammoniak violett färbt und durch überschüssige Natronlauge entfärbt wird. Bei der Einwirkung von Jodmethyl auf Theophyllin entsteht eben so wie aus dem Theobromin das durch E. Fischer als Trimethylxanthin charakterisirte Kaffein. Es wäre also dieser Körper, so wie auch jener, ein Dimethylxanthin. Während aber bei der Oxydation mit chlorsaurem Kali und Salzsäure aus dem Theobromin Monomethylalloxan und Monomethylharnstoff entsteht, bildet sich im gleichen Falle aus dem Theophyllin Dimethylalloxan. Daraus ergiebt sich für beide Körper folgende Struktur:

```
          CH3                               CH3
         /                                 /
       N—CH    CH3                        N—CH
      /    ||  /                         /   ||
   CO      C—N                         CO    C—NH
     \     |   \                         \   |    \
      \    |    CO                        \  |     CO
       \   |   /                           \ |    /
       NH—C=N                               N—C=N
                                             \
                                              CH3
     Theobromin.                         Theophyllin.
```

F. Röhmann (Breslau).

---

2. A. Christensen. Über eine neue Methode der approximativen Bestimmung des Albumins im Urin.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 1.)

Bei einer von C. und Dr. Mygge gleicherzeit aber in verschie denen Lokalitäten vorgenommenen vergleichsweisen Prüfung der Esbach'schen und der Coagulationsmethode fand sich, dass Temperaturerhöhungen von 5° eine Zusammenziehung des Niederschlages und somit eine scheinbare Verringerung des Eiweißgehaltes — nach der Esbach'schen Methode — bewirkten. Diese Differenz kann zu einem Fehler über 100° führen.

C. hat desshalb eine andere Methode gefunden: Der albuminhaltige Urin wird mit einer verdünnten Gerbsäurelösung gefällt und hierauf der entstandene Niederschlag vermittels einer geringen Quantität einer Gummi arabicum-Lösung in einer bestimmten größeren

Wassermenge suspendirt, so dass eine für längere Zeit homogene Emulsion entsteht.

Die Albuminmenge wird gefunden, indem man den Trübheitsgrad dieser Emulsion bestimmt. Zur Methode sind erforderlich: 1) eine Art Burette, 2) ein Cylinderglas mit einem Durchschnitt von genau 4 cm, das auf ein Stück weißen Papiers gestellt wird, auf welchem in gleichen Abständen schwarze Striche von bestimmter Breite eingezeichnet sind.

Nachdem die in der Burette hergestellte Emulsion bis zu einem gewissen Grade verdünnt ist, gießt man von ihr in das Cylinderglas so viel, dass die Striche auf dem Boden nicht mehr von einander unterschieden werden können. Aus der Menge der verbrauchten Flüssigkeit berechnet sich der Albumingehalt.

Wie C. an einer Anzahl von vergleichsweise ausgeführten Prüfungen zeigt, ist diese Methode recht genau und desshalb wohl auch praktisch verwerthbar. Es wurden noch folgende 3 Punkte untersucht: Ob variirende Chlornatriummengen im Urin, ob verschiedene Wärmegrade von Einfluss auf das Resultat wären, ob dieses die Lichtverhältnisse thäten. Punkt 1 und 2 sind, wie sich erwies, nicht von Belang. Den 3. Punkt anlangend, so findet sich an die Arbeit von C. angeschlossen ein Zusatz von Dr. Alfred Lehmann.

Da das Verfahren dahin zielt, der Flüssigkeit eine derartige Undurchsichtigkeit zu geben, dass die hellen und dunklen Linien des Papiers nicht mehr unterschieden werden können, so war zu erwarten, dass die Anzahl der Kubikcentimeter der hinzuzusetzenden Flüssigkeit abhängig sein würde sowohl von der Intensität der Beleuchtung, als auch von dem individuellen Vermögen, Lichtdifferenzen aufzufassen. Eine Prüfung in diesem Sinne bestätigte die Annahmen. Mit steigender Beleuchtung und Unterschiedsempfindlichkeit wächst die Anzahl der Kubikcentimeter, die hinzugesetzt werden muss.

Leubuscher (Jena).

---

3. R. v. Pfungen. Beiträge zur Bestimmung der Salzsäure im Magensafte. (Aus dem Laboratorium für med. Chemie in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 6—10.)

Durch eine Reihe von Versuchen, welche diesbezügliche Angaben von Honigmann und C. v. Noorden, so wie von G. Klemperer bestätigen und ergänzen, wird der Nachweis geliefert, dass die von Cahn und v. Mering zur Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalte angewendete Cinchoninmethode in so fern nicht ganz richtige Resultate ergiebt, als durch sie nicht nur freie Säure angezeigt wird, sondern je nach der Menge des Cinchonins und der Dauer seiner Einwirkung einerseits und der relativen Menge von Pepton und Salzsäure andererseits, Salzsäure gewonnen wird, welche unter Anderem nach Ausweis der Farbstoffreaktionen vorher an Verdauungsprodukte gebunden war.

Bei der Bestimmung der Acidität von Magensäften durch Titriren mit Laugen (Barytwasser, Phenolphthalein) ist zu berücksichtigen die Anwesenheit von sauren Salzen und die Bindung von Salzsäure durch die nicht gelösten Bestandtheile der Nahrung.

Für die Bindung freier Salzsäure durch Nahrungsmittel werden eine Anzahl Belege gebracht. **F. Böhmann** (Breslau).

---

4. **Charles Seth Evans.** Über in Lungenkavernen vorkommende Mikroorganismen.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 1.)

Von accessorischen Schmarotzern ist in den Kavernen der Bacillus des grünen Eiters gefunden worden, von pathogenen der Micrococcus tetragenus. Nach Klebs erfahren die Kavernen in späteren Stadien eine septische Infektion, in gangränösen Herden hat man Sarcineformen gesehen. E. hat nun 6 Species aus Kavernen isolirt:

1) Ein Gelatine nicht verflüssigender, in Bouillon stinkender, auf Agar geruchloser, auf Kartoffeln fleischfarbener, 1,85—2,25 μ langer und 0,75—1,25 μ breiter, an den Enden abgerundeter, beweglicher Bacillus.

2) Ein bewegliches, kurzes plumpes ovales Stäbchen, 1,25 bis 2,5 μ lang und 1—1,25 μ breit, auf Kartoffeln grauweiß, auf Agar und Gelatine übelriechend, nicht verflüssigend, Bouillon faulig zersetzend.

3) Bacillus fluorescens putridus.

4) Ein lebhaft bewegliches, 1,5—2,75 μ langes, 0,6—1,0 μ breites, auf Kartoffeln röthliches, geruchlos wachsendes, nicht verflüssigendes, in Bouillon mit üblem Geruch wachsendes Stäbchen.

5) Proteus mirabilis (Hauser).

6) Proteus vulgaris (Hauser).

Alle 6 sind leicht färbbar, auch nach Gram. Ihre fäulniserregende Eigenschaft erweckt die Vermuthung, dass sie an dem Zerstörungswerk des Lungengewebes Theil nehmen. E. stellt weitere und einlässlichere Untersuchungen in Aussicht.

P. Ernst (Heidelberg).

---

5. **C. Golgi.** Über den Entwicklungskreislauf der Malariaparasiten bei der Febris tertiana.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 3.)

Während die morphologischen Charaktere des Malariaparasiten in gut übereinstimmender Weise von den verschiedenen Beobachtern geschildert sind, herrscht über den Entwicklungsgang desselben und sein Verhältnis zum klinischen Bild der Malaria noch nicht genügende Sicherheit. Nachdem G. in einer früheren Arbeit in dieser Beziehung den quartanen Typus studirte, beschäftigt er sich in der vorliegenden Arbeit mit dem tertianen Typus der Malaria und ge-

langt dazu zwischen den endoglobulären Parasiten des tertianen und des quartanen Typus eine Reihe differentialdiagnostischer Momente aufzustellen. Der Parasit des tertianen Fiebers vollendet seinen Entwicklungskreislauf in 2 Tagen, der des quartanen Fiebers in 3 Tagen. Die am Ende desselben stattfindende Theilung des Parasiten, welche zur Produktion einer neuen Generation führt, fällt mit dem Beginn des Fieberanfalles zusammen oder geht ihm kurz vorher. Befinden sich im Blute zwar ausschließlich Parasiten des quartanen Typus, ohne sich jedoch gleichzeitig in demselben Entwicklungsstadium zu befinden und erlangen demnach die einzelnen Parasitengenerationen an verschiedenen Tagen ihre Reife, so kommt es zu einem unregelmäßigen Typus der Quartana; reifen die Generationen z. B. an drei auf einander folgenden Tagen, so entstehen gewisse Formen der Febris quotidiana. Dasselbe trifft für den Parasiten des Tertianfiebers zu, und schließlich können in dem Blut desselben Kranken die Parasiten der Tertiana und Quartana gleichzeitig kreisen. G. ist es gelungen, in dieser Beziehung durch die Blutuntersuchung den einzelnen Fall zu analysiren und aus dem zur Beobachtung kommenden Stadium der Entwicklung den Eintritt des Fieberanfalles zeitlich vorauszubestimmen; die Stärke des Anfalles findet im Allgemeinen in der Menge der Malariaparasiten ihren mikroskopischen Ausdruck.

Es würde zu weit führen ausführlich die biologischen und morphologischen Verschiedenheiten zwischen dem Plasmodium des tertianen und quartanen Typus anzugeben; erwähnt sei nur, dass bei dem ersteren die amöboiden Bewegungen innerhalb der rothen Blutkörperchen, in dem es schmarotzt, viel lebhafter sind als bei dem des quartanen Typus und dass für die Differentialdiagnose Verschiedenheiten im Theilungsprocess von besonderer Wichtigkeit sind.

Die Stellung noch anderer Erscheinungsformen der Malariaparasiten, wie der halbmondförmigen Gebilde und der interessanten Laveran'schen Geißelformen bleibt noch immer nicht genügend aufgeklärt.

H. Neumann (Berlin).

---

6. **Maffucci.** Über die tuberkulöse Infektion der Hühnerembryonen. (Aus dem anat.-pathol. Institut zu Pisa.)

(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1889. No. 7.)

M.'s Untersuchungen bezwecken, die Beziehungen, welche zwischen dem Tuberkelbacillus und den embryonalen Geweben während der ganzen Periode des Embryolebens stattfinden, klarzustellen. Er impfte unter den üblichen Kautelen ein Huhn und ein Meerschweinchen als Kontrollversuch und gleichzeitig 18 Hühnereier. Es wurden nur 8 davon ausgebrütet, weil einige nicht befruchtet gewesen, einige in Fäulnis übergegangen waren. Ein einziges Ei von letzteren enthielt einen abgestorbenen Embryo, dessen Untersuchung nirgends Tuberkel oder Bacillen ergab. In den nicht befruchteten und faul gewordenen Eiern fand sich der eingeimpfte Bacillus ohne Veränderung und Vermehrung vor.

Die 8 Küchlein waren beim Auskriechen alle klein, zart, aber sehr lebhaft bis auf eins, das 36 Stunden nach der Geburt starb, ohne eine Spur von Tuberkulose zu zeigen. Das zweite Küchlein starb 20 Tage nach der Geburt, dann allmählich die übrigen, das letzte $4^1/_2$ Monat nach dem Ausschlüpfen. Alle waren sehr abgemagert; während sich bei den früh gestorbenen Küchlein Tuberkel und Bacillen nur mikroskopisch in Leber und Lunge, bei dem ersten sogar nur in der Leber, nachweisen ließen, zeigten die beiden zuletzt gestorbenen schon makroskopisch zahlreiche Tuberkel, theilweise verkäst, am stärksten und größten in der Leber, in geringerer Ausdehnung auch in der Lunge.

Weiteren Untersuchungen muss es vorbehalten bleiben, die Phasen der Entwicklung des Tuberkelbacillus und die Zeit seines Eindringens in die embryonalen Gewebe zu ermitteln. M. folgert aus seinen Versuchen vorläufig nur, dass der Tuberkelbacillus der Hühner, wenn er in die Gewebe ihrer Embryonen eindringt, darin nicht zerstört wird, sondern lebensfähig bleibt, und dass er zwar die Entwicklung des Embryo erlaubt, aber später in demselben seine traurige Wirkung hervorbringt. **M. Cohn** (Berlin).

---

7. D. C. Danielssen. Contribution à l'étude de la lèpre.

(Arch. roum. de méd. et de chir. 1889. Januar.)

Verf. theilt aus seiner reichen Erfahrung 2 Krankengeschichten ausführlich mit, wo sich bei der tuberösen Lepra neue Eruptionen auf der Haut unter kontinuirlichem hohem Fieber einstellten. Dies ist immer ein Zeichen dafür, dass die inneren Organe in hohem Grade afficirt sind und meist eine akute Miliartuberkulose den tödlichen Ausgang beschleunigt. Er hält es danach für wahrscheinlich, dass dieselben Irritantien, welche die lepröse Eruption bedingen, auch die Ursache der tuberkulösen Affektion abgeben; möglich wäre es, dass die Bacillen toxische Substanzen absondern, welche eine allgemeine Infektion herbeiführen. Niemals findet ein derartiges Vorkommnis bei der anästhetischen Form der Lepra statt. D. hat auch schon früher die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass nach dem Verschwinden der äußeren Knoten die Erkrankung sich nicht selten in den Lungen, den Abdominalorganen oder dem Centralnervensysteme lokalisirt. Daher legte er sich die Frage vor, ob nicht vielleicht die Lepra zu den tuberkulösen Erkrankungen zu rechnen ist. Die Bacillen sind nur schwer von einander zu unterscheiden. Wenn die Tuberkelbacillen zwar auch dicker als die Leprabacillen sind, weniger kompakte Haufen bilden und sich leichter färben, so wäre doch zu erwägen, dass die Bacillen der spanischen Lepra voluminöser als die der norwegischen sind und kein sicheres Unterscheidungsmerkmal zwischen jenen beiden Bacillenarten anzugeben ist. Freilich ist er weit davon entfernt, die Identität der beiden Arten zu behaupten, es sei aber doch erwägenswerth, dass die lepröse

Infektion in Bezug auf das Incubationsstadium an die tuberkulöse erinnere.

Joseph (Berlin).

---

8. O. Rosenbach. Über Empfindungen und Reflexbewegungen, welche bei Rückenmarkskranken durch die Summation schwacher sensibler Reize ausgelöst werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 13.)

Bei Rückenmarkskranken mit herabgesetzter Sensibilität (Tabes, Kompressionsmyelitis), welche eine genau fixirbare Reizschwelle erkennen lassen, lässt sich auf Summation schwacher sensibler Reize (Betupfen der Fußsohle mit dem Fingernagel, kleine, kurze Reibebewegungen mit der Volarfläche des Zeigefingers) Folgendes konstatiren: 1) Es findet eine Summation der schwachen Reize statt; denn die Pat. markiren mit größter Exaktheit nach einem gewissen, individuell und bei den einzelnen Versuchen sehr variirenden und von der Stärke des Reizes abhängigen Intervalle, die Empfindung eines taktilen Reizes. 2) Die Intervalle sind um so kleiner, je mehr sich der Reiz dem Schwellenwerth nähert. 3) Die Intervalle nehmen an Größe ab, wenn mit der Reizung ohne Aufhören fortgefahren wird, sie bleiben annähernd gleich, wenn nach jeder Perception eine längere Pause in der Reizung eintritt. 4) An beiden Unterextremitäten sind die Intervalle zwischen zwei Perceptionen nicht gleich. 5) Bei temporärer Besserung des Kranken wurden die Intervalle kürzer. 6) Die Summationsreize haben fast immer größere oder geringere Reflexbewegungen in der gereizten oder anderen Extremität zur Folge. 7) Öfters wird die Reflexbewegung eher ausgelöst als die subjektive Empfindung des Reizes.

Diese Befunde erklären sich nach R. am besten so: Der Schwellenwerth repräsentirt etwa diejenige Kraftmenge, welche erforderlich ist, die gesammte Nervenbahn oder einzelne Strecken in den Zustand der Leitungsfähigkeit zu versetzen. Die Erreichung dieser Kraftmenge würde durch die Summation der schwachen Reize, deren Kraft nicht unbenutzt verloren gehen kann, erst allmählich erlangt werden und daraus die besprochenen Intervalle resultiren.

A. Cramer (Freiburg i/B.).

---

9. S. Chernel (Paris). Die Enteroptose. Ein neues Krankheitsbild.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 1. p. 5 ff.)

Glénard in Lyon, welcher vor etwa 2 Jahren die erste Schilderung der Enteroptose veröffentlichte, verstand unter diesem Namen eine Verlagerung der Baucheingeweide nach abwärts, die in Folge von Anstrengungen beim Heben zu Stande komme, oder nach Erschlaffung der Eingeweide und ihrer Ligamente, wie sie bei atonischen Zuständen des Verdauungskanales, nach abgelaufenem Typhus oder nach Dysenterie entsteht, oder endlich nach der Niederkunft

der Frauen, nach rascher Abmagerung fettleibiger Personen. Die Veränderungen, zum Theil objektiv nachweisbar bei der Palpation und Perkussion, veranlassen eine Reihe von subjektiven Symptomen, die früher in das Gebiet der Neurasthenie verlegt wurden. Die Mittheilungen C.'s liefern das Ergebnis einer 2jährigen Studie Féréol's in Paris, welcher, gestützt auf 200 Krankheitsfälle und 3 Autopsien, das klinische Bild der Enteroptose entwirft. Die bei allen Fällen nachweisbare und durch die Obduktion sichergestellte Abweichung ist die Senkung der Flexura colica dextra. Da dieser Theil kein Aufhängeband besitzt, während die mittlere Partie des Colon transversum durch das Ligamentum pylori-colicum fixirt ist, entsteht durch das Herabsinken der rechten Hälfte eine Knickung mit Verengerung des Lumen. In ähnlicher Weise kann es zur Verlagerung anderer Darmstücke kommen und zu relativen Enterostenosen. Das herabsinkende Colon transversum vermag auch den Magen zu dislociren, so dass die große Curvatur eine mehr vertikale Richtung annimmt und gegen die Fossa iliaca herabsteigt; es kann dadurch wieder zu einer Verengerung des Orificium gastro-duodenale kommen. Die subjektiven Symptome der Enteroptose theilt Féréol ein in 1) neurasthenische (allgemeine Schwäche, Hypochondrie, Schlaflosigkeit, Schwindel etc.); 2) enterogastrische (Pyrosis, Erbrechen, Flatulenz, neuralgische Schmerzen in den verschiedenen Bauchorganen, unregelmäßiger Stuhl; namentlich auffallend ist die schlechte Toleranz aller dieser Kranken gegen Milch). Objektiv findet sich abnorme Aufblähung des Abdomen, das aber doch weich erscheint, die Hypochondrien sind abnorm leicht einzudrücken, die Perkussion ergiebt mit der Palpation die Lageveränderung, zu welcher sehr häufig eine herabgesunkene Niere, seltener ein Tiefstand der Milz kommt. Die ersten Symptome sind jene Symptome, welche durch die Lageveränderung des Dickdarmes und die Mitleidenschaft des Magens verursacht sind; dann treten die Stuhlbeschwerden auf, die Pat. magern ab und es tritt das Bild der Neurasthenie hinzu. Die Therapie erheischt prophylaktisch die Anlegung eines Leibgurtes bei den verdächtigen Personen; später ist neben genauer Regelung der Diät ebenfalls der Gürtel unentbehrlich. Von den 200 Pat. Féréol's waren 157 Frauen. **Prior** (Bonn).

---

10. **Ed. Egasse.** Les Strophanthus et les Strophanthines.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Januar 30.)

Die verschiedenen Theile der Strophanthuspflanze (Apocynacee) enthalten zwar alle das als Herzmittel in Mode gekommene Glykosid Strophanthin, am reichsten daran sind aber die Samen. Nach einer ziemlich eingehenden Besprechung der früheren chemischen Arbeiten über die Darstellung der wirksamen Bestandtheile der Strophanthussamen reproducirt E. das neueste Verfahren von Arnaud, welches ein chemisch reines und immer konstantes Präparat liefern

soll und das unter Vermeidung saurer Reaktion und höherer Temperaturen während des Eindampfens gewonnen wird, wodurch der so leicht eintretenden Zerlegung des Strophanthins in Strophanthidin und Glykose vorgebeugt wird. Aus einem Kilo Samen erhielt Arnaud 4,5 g Strophanthin, welches rein weiß aussah und in schönen koncentrisch gruppirten Nadeln krystallisirte. In dieser Form bildet es ein Hydrat, welches auf 100° erhitzt schmilzt, aber nachher nicht mehr krystallisirbar ist. Das Glykosid ist stickstofffrei und hat die Zusammensetzung $C_{31}H_{48}O_{12}$; es ist das nächst höhere Homologe eines anderen von Arnaud ebenfalls in einer Apocynacee gefundenen Glykosides, des Ouabaïns ($C_{30}H_{46}O_{12}H_2O$) von Arokanthera Ouabaio, einer bei den Somalis in Ostafrika zur Bereitung von Pfeilgift benutzten Pflanze.

Von den physiologischen Versuchen referirt E. eingehend diejenigen von Gley und Lapicque mit wässrigen Auszügen der vergifteten Pfeilspitzen; auch die übrigen Autoren wie Polaillon und Carville, so wie Combemale, Grognier et Mairet hatten ebenfalls nur mit Extrakten der Samen, theils wässrigen, theils alkoholischen, oder mit Tinkturen gearbeitet. G. Sée hat allein reines Strophanthin zu seinen Versuchen benutzt. Die Beschreibung der Versuchsergebnisse am Herzen ergiebt, dass das Strophanthin, wie auch schon lange bekannt, ein in die Gruppe des Digitalins zugehöriges Herzgift ist (systolischer Herzstillstand). Dass Strophanthin im lebenden Thier auch auf die Gefäße stark verengernd wirkt, wurde an der Niere mittels des Roy'schen Onkographen nachgewiesen.

Die von E. gegebene Zusammenstellung über den therapeutischen Nutzen der Strophanthussamen zeigt die allerverschiedensten Urtheile. Da bei den Sektionsbefunden nach der experimentellen Vergiftung mit Strophanthusextrakten stets die Nieren sehr hyperämisch gefunden wurden, theils in der Rinde, theils die intermediäre Zone, vor Allem aber die Spitzen der Pyramiden, ist es für die klinische Anwendung nöthig zu wissen, dass bei gleichzeitig bestehenden Nephritiden die Strophanthuspräparate kontraindicirt sind, da sonst leicht eine Verschlimmerung der Nierenaffektion eintreten kann.

Ziemlich übereinstimmend wird angegeben, dass die Wirkung bei Mitralfehlern am günstigsten sich zeige, immer aber ist Erforderniss, dass die Degeneration des Myocards noch nicht zu weit fortgeschritten sei; daher sei es in den vorgeschrittenen Stadien der Herzfehler, zumal wenn diese mit Arteriosklerose und interstitieller Nephritis kombinirt seien, besser nicht anzuwenden. In seiner Anwendung habe das Strophanthin vor der Digitalis den rascheren Eintritt der Wirkung und den Umstand voraus, dass es keine Reizung des Magendarmkanales bewirke, ferner habe es keine kumulirenden Eigenschaften.

Die am häufigsten gegenwärtig noch verordnete Form ist die der alkoholischen Tinktur von verschiedener Stärke; es steht aber

zu erwarten, dass diese bald durch das reine Arnaud'sche Präparat aus Strophanthus Kombé verdrängt werden wird, dessen unangenehm bitterer Geschmack durch die Darreichung in Form von Granüles umgangen wird. Trotz des relativ noch hohen Preises (mindestens 20 frcs. für 1 g) ist die Anwendung keine theuere, da die Dosen nur $^1/_{10}$—$^2/_{10}$ mg betragen und 2—4mal täglich zu nehmen sind.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **A. Baginsky.** Zur Biologie der normalen Milchkothbakterien. II.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 4. p. 352.)

B. findet, dass das in den Fäces von Kindern, welche an der Frauenbrust genährt worden, außerordentlich verbreitete und von Escherich genauer beschriebene Bacterium coli commune Milchzucker bei Gegenwart von Pepton unter Bildung von Milchsäure, Ameisensäure, Essigsäure und vielleicht auch anderen flüchtigen Fettsäuren zu zersetzen vermag. Er betont die Bedeutung dieser Beobachtung für die Entstehung die Diarrhoen der Kinder.

F. Röhmann (Breslau).

12. **E. Salkowski.** Über die Bildung von flüchtigen Fettsäuren bei der ammoniakalischen Harngährung.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 3. p. 264.)

Bei der ammoniakalischen Zersetzung des Harnes bilden sich nicht unbeträchtliche Mengen von flüchtigen Fettsäuren, die zum Theil mit den »urinösen« Geruch des gefaulten Harns bedingen. Sie stammen zum Theil aus den in jedem normalen Harne enthaltenen Kohlehydraten, wie sich aus dem Verschwinden der Molisch-Wdránsky'schen Furfurolreaktion ergiebt. Eine andere Quelle derselben ließ sich bisher nicht nachweisen. **F. Röhmann** (Breslau).

13. **R. v. Jaksch.** Beitrag zur Kenntnis des Verhaltens des Harnes bei der Melanurie.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 4. p. 385.)

v. J. beschreibt ausführlich das Verhalten des Harns bei Melanurie gegenüber verschiedenen Reagentien. Bemerkenswerth ist nur, dass Eisenchlorid auch in großer Verdünnung melanogen- und melaninhaltige Harne schwarz färbt, somit als Reagens zum Nachweis einer bestehenden Melanurie zu benutzen ist.

F. Röhmann (Breslau).

14. **Chopin.** Elimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins, sa transformation dans l'économie, son action sur les principaux élements de l'urine.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Februar 15.)

Die an Individuen mit gesunden und kranken Nieren angestellten Untersuchungen haben ergeben: 1) dass die Salicylsäure die Urinabsonderung erhöht, wenn die Niere gesund ist, dagegen dieselbe vermindert bei akuten Nephritiden; 2) dass bei Vermehrung der Harnquantität auch die Harnsäure und Phosphorsäureausscheidung erhöht wird; 3) dass die Salicylsäureabscheidung bei gesunden Nieren 80% beträgt.

Handelt es sich um Nierenerkrankungen, so wird 1) der Moment des Erscheinens der Salicylsäure im Urin hinausgerückt und 2) die Zeitdauer der Ausscheidung verlängert.

Die Salicylsäure wird größtentheils als solche, zum Theil als Salicin, zum Theil als Salicylursäure ausgeschieden. Die letztere wird wesentlich erhöht bei Erkrankungen der Nieren. Der Eiweißgehalt wird durch die Salicylsäure erhöht.

Bei Kindern tritt die Salicylsäureausscheidung früher auf als bei Erwachsenen und ist dieselbe auch früher beendigt, bei Greisen erscheint beides hinausgerückt.

Seifert (Würzburg).

15. J. M. Loebl (Wien). Unangenehme Wirkung des Sulfonals.

(Wiener med. Presse. 1889. No. 3.)

Eine Frau nahm während der Menses an zwei auf einander folgenden Abenden je 1,0 Sulfonal. Nach dem ersten Pulver wenig Schlaf; am Tage darauf etwas Benommenheit. Nach dem zweiten Pulver war die Nacht unruhig, am nächsten Morgen war Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Brechneigung vorhanden. Puls 55; Haut kühl. Auch am nächsten Tag bestand etwas Taumelgefühl.

Leubuscher (Jena).

16. Zahn. Paradoxe Embolie und ihre Bedeutung für die Geschwulstmetastase.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 1.)

Den Fällen von Cohnheim und Litten von Überwanderung thrombotischen Materials vom rechten in den linken Vorhof durch ein offenes Foramen ovale reiht Z. den folgenden an: Eine 41jährige Wäscherin stirbt an rechtsseitiger Pleuritis, nachdem zuvor durch Punktion 1500 ccm entleert worden. In den Arterien beider Lungen finden sich zahlreiche Embolien, im rechten Mittellappen ein hämorrhagischer Infarkt; ferner Infarkte in der Milz und der linken Niere. In der Art. iliaca dextra, nächst der Hypogastrica sitzt ein 30 mm langer weißer Embolus eingekeilt. Thromben werden gefunden im Plexus venosus vesicalis, in der Vena femoralis und Iliaca sinistra bis in die Vena cava und Vena femoralis und Iliaca dextra. Das Herz ist dilatirt, im rechten Vorhof sitzen zwei kleine weiße Thromben, mehrere central erweichte sind zwischen den Trabekeln des rechten und zwei nicht erweichte in die Spitze des linken Ventrikels eingefügt. In dem vorderen Abschnitt des offenen Foramen ovale befindet sich ein bleistiftdicker, auf der Seite des rechten Vorhofes gabelig getheilter, mit dem vorderen dicken Ende in den linken Vorhof hineinragender Embolus. Ein zweiter korkzieherartig aufgerollter sitzt zwischen den Sehnenfäden der mittleren und seitlichen Papillarmuskeln gefangen. Nach seiner ganzen Konfiguration musste der Embolus der Gabelungsstelle der Vena iliaca communis entstammen, wo diese aus der Konfluenz der Vv. iliaca externa und interna entsteht.

Persistenz des Foramen ovale fand Z. unter 711 Fällen 139mal (also in 19,5%), in 7 Fällen hatte das Foramen ovale paradoxe Embolie vermittelt. Bei allen war der Blutdruck im rechten Herzen durch Stauung gesteigert.

Zu den unter den obigen Gesichtspunkten a. a. O schon mitgetheilten Fällen von Zahn, Schmorl, G. Hauser fügt Z. noch folgende beweiskräftige hinzu:

1) Carcinom des Pankreaskopfes. Vena pancreatico-duodenalis ist ergriffen; in der Leber ziemlich große Geschwulstknoten, ebenfalls in den Lungen; das Foramen ovale ist weit offen, in der rechten und linken Herzwand je ein von normalem Endocard bedeckter Knoten; ebenfalls Metastasen in beiden Nieren.

2) Carcinom des linken Schilddrüsenlappens. Das Foramen ovale offen, in der linken Nebenniere ein großer, in der rechten Niere ein kleiner Krebsknoten.

3) Carcinom des linken Schilddrüsenlappens. Das Foramen ovale offen, zahlreiche Geschwulstknoten in beiden Lungen; mehrere kirschgroße Knoten in der linken, ein nussgroßer in der rechten Niere; im rechten Leberlappen ein über nussgroßer Krebsknoten.

Vergrößerung der Fossa ovalis und Verdickung des Limbus sprechen nach Z. dafür, dass seit längerer Zeit Blut vom rechten nach dem linken Ventrikel geströmt ist. Bei mangelnden Lungenmetastasen spricht der 2. Fall am dringendsten für paradoxe Embolie, Fall 1 und 3 könnten auch durch sekundäre, Fall 1 sogar durch tertiäre Embolie erklärt werden.

Die Berücksichtigung der dargelegten Verhältnisse wird die Lehre von der Geschwulstmetastase durch Kapillarembolie (Durchwanderung der Geschwulstzellen

durch die Lungenkapillaren), die erst eine Wahrscheinlichkeit aber keine Gewissheit ist, einschränken.

Z. empfiehlt die Embolie als eine direkte zu bezeichnen, wenn sie den Virchow'schen Gesetzen folgt, als eine venöse oder retrograde, wenn sie auf dem Wege des retrograden Transportes zu Stande kommt, und als eine paradoxe, wenn sie durch ein offenes Foramen ovale vermittelt wird, was Rostan mit dem weniger zutreffenden Namen der gekreuzten Embolie bezeichnet hatte.

P. Ernst (Heidelberg).

17. **Herber.** Über einen Fall von Muskelechinococcus.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Verf. beschreibt einen Fall von Echinococcus, welcher in der Muskulatur des rechten Oberschenkels seinen Sitz hatte und von Bramann in der chirurgischen Universitätsklinik mit vollkommenem Erfolge operirt wurde. Die Geschwulst war mit Schmerzen 6 Jahre vor der Operation konstatirt worden; nach Einreibungen und innerlichem Salicylgebrauch waren während dreier Jahre keine weiteren Erscheinungen angeblich vorhanden gewesen; dann zeigte sich hinten im oberen Drittel des Oberschenkels ein Tumor von Faustgröße, wesswegen Pat., ein 31jähriger Schmied, verschiedentlich, auch homöopathisch, sich behandeln ließ. Im Jahre 1886 war er auch in einem Krankenhause, wo jedoch an einem aus dem Tumor excidirten Stück wahrscheinlich nichts von der wahren Natur der Geschwulst bemerkt werden konnte, da daselbst die Diagnose auf »Pseudo-Muskelhypertrophie« gestellt wurde. Im Juni 1888 kam der Kranke sehr elend und stark fiebernd in die Klinik. Der ganze rechte Oberschenkel war hinten stark geschwollen, aus zwei Fisteln entleerte sich graugelblicher, übelriechender Eiter, vermischt mit kleinen Membranen und Echinococcusblasen. Nach ausgiebiger Incision wurden mehrere Liter Eiter und größere Blasen entleert; am Ende der 4. Woche war der Kranke geheilt. Wahrscheinlich war die Blase hier durch Muskelkontraktion geplatzt, denn der Pat. hatte ganz plötzlich vor 6 Jahren einen Schmerz im Bein gefühlt; der Inhalt war dann durch Resorption bewirkende Einreibung resorbirt worden, die Tochterblasen hatten aber eine Sekundärinfektion bewirkt und durch langsames Wachsthum, aber allmähliche Entstehung von Enkelblasen entstand dann das längere Ruhestadium, schließlich andererseits nach 3 Jahren die Zunahme der Beschwerden. Die Anfangs kleinen Blasen erzeugten keine Erscheinungen, ihr Wachsthum bewirkte dann Ausdehnung des Gewebes, Anschwellung, Spannung, Unvermögen die Extremität zu gebrauchen. **G. Meyer** (Berlin).

18. **Herzog.** Untersuchungen über die Dyspepsie bei Lungenschwindsucht.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Auf Veranlassung von Leyden hat H. bei 8 Pat. mit Phthise der ersten med. Klinik genauere Untersuchungen über die Magenfunktionen angestellt, welche er nach einer Besprechung der klinischen Erscheinungen der Dyspepsie bei Phthisikern in einem zweiten Theil seiner Arbeit ausführlicher beschreibt. Geprüft wurde die motorische und sekretorische Thätigkeit des Magens der Kranken, erstere mittels der von Klemperer angegebenen Ölmethode, die Sekretion des Magens nach dem Milchprobefrühstück und durch 2 Stunden später erfolgende Expression des Mageninhaltes. Es zeigte sich nun, dass die motorische Funktion des Magens stets herabgesetzt war, während sich im aspirirten Mageninhalte nach dem Probefrühstück bei allen Kranken für die Gesammtacidität relativ hohe Werthe ergaben, auch immer Salzsäure vorhanden war. Hieraus erhellt, dass die Phthisiker eine besondere Art von Verdauungsstörung zeigen, und dass bei der symptomatischen Behandlung der Lungenphthise besonders die Appetitlosigkeit, die durch motorische Schwäche des Magens bedingt ist, zu heben ist. Wenn dies gelungen, beginnt die Ernährungstherapie.

Jedenfalls sind die Untersuchungsergebnisse H.'s sehr wichtig und genauer Nachprüfung werth, da sie mit den bisherigen Erfahrungen über die Funktionen

des Magens bei Phthise z. B. von Rosenthal, der im Magen der Phthisiker keine freie Salzsäure fand, nicht im Einklange stehen. Auch die neueren Arbeiten über die Magenatrophie [Phthisis ventriculi, d. Ref., Anadenie des Magens, Ewald] kommen zu dem Resultate, dass letztere Affektion sich besonders im Verlauf erschöpfender Krankheiten, also auch der tuberkulösen Phthise, ausbildet; mit dem Schwund der Drüsen der Magenschleimhaut ist auch Versiegen der Salzsäuresekretion verbunden, während H. bei seinen Kranken immer erhebliche Mengen Salzsäure im Mageninhalt nachweisen konnte. Die Herabsetzung der motorischen Thätigkeit des Magens, welche Verf. bei seinen Phthisikern fand, würde mit den bekannten Untersuchungen übereinstimmen, da bei der Magenphthise, wie Ref. in seiner Arbeit über diesen Gegenstand [Zeitschr. für klin. Med.] aus einander gesetzt, meist die Motion des Magens beeinträchtigt ist. Ref.)

G. Meyer (Berlin).

19. **Muselier.** Occlusion intestinale. — Cancer de l'utérus.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 6.)

Der Fall betrifft eine 55jährige Frau, welche mit den Erscheinungen einer Darmverschließung ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Untersuchung per vaginam, die ziemlich starke Blutung erregte, ergab an der Portio zerfallene Wucherungen. Die Diagnose wurde auf Carcinom des Uterus mit Ausbreitung der Affektion in die Nachbarschaft oder Kompression derselben durch das vergrößerte Organ gestellt. Bereits in der Nacht trat der Tod ein. Die Sektion bestätigte die im Leben über das Leiden gehegten Vermuthungen. Die krebsige Affektion betraf das S romanum, den unteren Theil des Mesenteriums und den Körper des Uterus und hatte diese Organe zu einer Masse von ungefähr der Größe des Kopfes eines Fötus umgewandelt, welche das kleine Becken vollkommen ausfüllte. Ferner bestand Verwachsung zwischen der Unterfläche der Leber und dem Colon ascendens an der Umbiegungsstelle zum Colon transversum in Folge von Peritonitis. Das S romanum wendet sich in seinem letzten Theil von links nach rechts, wobei es den oberen Theil der Hinterfläche des Uterus streift. Im mittleren Theil oberhalb des Corpus uteri ist die letzterem adhärente Darmwand von einer krebsigen Ulceration eingenommen. Das Darmlumen ist hier verengt und lässt kaum den Zeigefinger passiren. Dahinter ist das Darmrohr erweitert und hat 2 Divertikel. Der Uterus hat Faustgröße; in Höhe der linken Tubenmündung liegt eine gebuchtete Öffnung, die mit der Darmmasse in Verbindung zu stehen scheint. Im Magen Fäkalmassen. Coecum sehr ausgedehnt, mit nur gasigem Inhalt; leichte Herzhypertrophie. **G. Meyer** (Berlin).

20. **Schopf.** Über die Entwicklung und Verbreitung des Anchylostomum duodenale.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 7—9.)

S. hatte als Werksarzt in Resicza genügend Gelegenheit Anchylostomiasis zu beobachten und Züchtungsversuche anzustellen. Auch er konnte die Larven bis zur Encystirung verfolgen. Auffallend war ihm, dass entgegen den bisherigen Anschauungen, wonach das Trinkwasser in den Gruben die Infektion vermitteln solle, seine Pat. (von 164 waren es 140) größtentheils den Genuss des Grubenwassers leugneten. Die Untersuchung dieses Wassers ergab völliges Freisein von Anchylostomumlarven, in der Luft des Ventilators dagegen, ja sogar in der Schmiere, die an der Wand der Ventilatormündung klebte, konnten massenhaft Anchylostomumlarven nachgewiesen werden. Durch die Luft des Ventilators resp. durch die in demselben enthaltenen Larven konnte ein Hund, der vor der Ausmündung des Ventilators während 11 Tagen angebunden war, mit Anchylostomum inficirt werden. Für S. besteht nach diesen Untersuchungsresultaten kein Zweifel mehr, dass die Larven nach erfolgter Einkapselung durch Aufwirbeln des Bodenstaubes mit dem Luftstrom in den Mund des Bergmanns gerathen und nach Auflösung der kalkhaltigen Kapsel durch den Magensaft im Darm die weiteren Bedingungen für Erreichung der Geschlechtsreife finden.

Seitdem auf seinen Vorschlag hin die Leute ihre Stühle in transportable desinficirte Klosetts absetzen, hat die Infektion der Gruben und damit die Zahl der Erkrankungen wesentlich abgenommen. **Seifert** (Würzburg).

21. F. Tuczek und A. Cramer. Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfangs. (Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg.)

(Archiv für Psychiatrie Bd. XX. Hft. 2.)

Der Fall erscheint merkwürdig wegen der ungewöhnlichen Vergrößerung des Kopfes, dessen Horizontalumfang 75 cm betrug, und wegen des verhältnismäßig hohen Alters (42 Jahre), welches sein Träger erreicht hat. Nach einer kurzen Krankheitsgeschichte und einem sehr genauen Sektionsbericht, der namentlich die craniometrischen Verhältnisse und den anatomischen Befund berücksichtigt, heben die Verff. epikritisch hervor, dass in ihrem Falle die den Wasserkopf bedingende Ventrikelerweiterung wie gewöhnlich auch den 3. Ventrikel betrifft. Sie betonen die enorme Ausdehnung der Vorderhörner. Die Schädelbildung weicht in ihrem Falle von dem Typus des hydrocephalischen Schädels kaum ab; auffallend ist die geringe Entwicklung von Schaltknochen. Die Ausdehnung der Seitenventrikel ist eine gleichmäßige excentrische; daher bildet der Hirnmantel eine dünnwandige Schale von nur wenig wechselnder Dicke. Die Nervenfasern und die Gefäße erscheinen in dem auf ein Minimum beschränkten Marklager entsprechend der Ausdehnung der Hirnhöhlen von ihrem radiären Verlauf abgelenkt. Es besteht eine Längsausdehnung der Gehirnbasis, welche, wie in einem Falle Tamburini's, zu dem Auseinanderrücken von Schwanzkern und Sehhügel geführt hat, so wie zu einer Verlagerung der in die Länge gezogenen und atrophischen vorderen Kommissur nach hinten. Der Ausfall an der Marksubstanz ist ein außerordentlicher; die geringe Entwicklung der betreffenden Stabkranztheile erklärt die reducirten Maße des Schwanzkerns und Sehhügels, während ein verhältnismäßig noch mächtiges Marklager im Temporo-occipital-Lappen offenbar der Integrität des lateralen (Türck'schen) Bündels des Hirnschenkelfußes sein Bestehen verdankt.

Die Zeit der Entwicklung der Hydrocephalie, deren Ursache dunkel bleibt, scheint das erste Lebensjahr zu sein: die Insel lag noch zu einem kleinen Theil offen, andererseits war die Pyramidenbahn, an welcher sekundäre Degeneration gefunden wurde, schon gebildet; die Geburt des Kindes war normal verlaufen.

Die mangelhafte Entwicklung des corticalen Sprachorgans bei übrigens guter Ausbildung der Rindenelemente, so wie die geringe Entwicklung der weißen Substanz geben Gründe für die hochgradige geistige Insufficienz des Kranken, während das Fehlen sonstiger cerebraler Ausfallserscheinungen hingegen ein Beweis ist für die Anpassungsfähigkeit der Hirnsubstanz gegenüber langsam wirkenden mechanischen Gewalten.

Wie in anderen Fällen hatte die sekundäre Degeneration der Pyramidenbahnen als Folge eines Schwundes des subcorticalen Marklagers Lähmung und Kontrakturirung der unteren Extremitäten zur Folge, und zwar betraf die Atrophie der Pyramidenbahn, entsprechend der unversehrten Ausbildung der oberen Extremitäten und des Rumpfes, vorzugsweise ihren Brust- und Lendentheil, womit auch die größte Bildungshemmung der Rinde im oberen Drittel der Centralwindungen gut übereinstimmt. **G. Sticker** (Köln).

22. A. Richter. Pathologisch-Anatomisches und Klinisches über die optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XX. Hft. 2.)

R. hat bereits früher näher ausgeführt, dass einseitige oder doppelseitige Sehnervenatrophie, die das Gehirn eines Erwachsenen betrifft, sich makroskopisch über den Sehstreifen hinaus in einigen Fällen bald, in anderen selbst nach 10 Jahren noch nicht nachweisen lässt. Zur Illustration für die erstere Ansicht dienen dem Verf. 2 neue Falle von Hemianopsie, bei denen nach relativ kurzer Zeit beträchtliche Veränderungen warzunehmen waren. 1. Fall: 62jähriger Schauspieler. Mit 58 Jahren linkseitige Hemiplegie, geringe Sprachstörung. Mäßige Besserung. Nach 2 Jahren psychische Veränderung; misstrauisch, gewaltthätig; Verfolgungsideen, Reizbar-

keit. Aufnahme in Dalldorf. Gesicht links seichter als rechts. Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen, weicht nach links ab. Augenbewegungen frei. Rechte Pupille weiter als linke, reagiren gut. Anfälle von Angina pectoris. Koncentrisch eingeengtes Gesichtsfeld. Temporale Pupillenhälften abgeblasst. Pat. will auf dem linken Auge nichts sehen. Motilität links herabgesetzt, eben so grobe Kraft. Sprache frei. Sektionsbefund: Rechte Centralwindung und erste Stirnwindung im mittleren Theile, ein Theil des oberen Scheitelläppchens bräunlich verfärbt; Gyr. occipito-temporalis lateralis und medialis völlig geschwunden; Cuneus und Praecuneus verhärtet; Corpus caudatum dext. erweicht; rechter Gyrus hippocampi und rechtes Corpus mammillare fehlen ganz. N. opticus dextr. dünner als sin. Das an der Außenwand des Seitenventrikels außerhalb des Tapetum gelegene Gewebe atrophisch; diese Atrophie erstreckte sich kontinuirlich in das mitergriffene Pulvinar, von dort in das Corp. gen. extern., in den Tractus optic. dext. und die rechten Hälften der Sehnerven, speciell des rechten. 2. Fall: 47jähriger Mann. Seit einem Jahre Krämpfe. Vorübergehendes Doppeltsehen. Patellarreflexe erhöht. Normale Pupillenreaktion. Keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen. Am 1. Juli desselben Jahres benommenes Sensorium. Beim Versuch zu gehen fällt er. Gesicht erscheint leicht nach rechts verzogen. Ophthalmoskopischer Befund normal. Ende Juli gebessert. Ende August Klagen über Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und schlechten Schlaf. Gleichgültiges Wesen, Gedächtnisschwäche. Zittern der linken Extremitäten. Pupillenreaktion und Augenbewegungen normal. Ende September nach Dalldorf. Rechte Pupille etwas weiter als linke, prompte Reaktion. Links Myopie. Rechtsseitige homonyme Hemianopsie. Im Januar 1888 gebessert, beurlaubt. Im April wieder recipirt. Häufiges Hinfallen, Anfangs ohne Bewusstseinsverlust, später mit Verlust des Bewusstseins auf einige Sekunden. Klagen über fortwährenden Schwindel. Gesichtsfeld wie früher. Motilität, grobe Kraft, Sensibilität zeigen keine Störungen. Rechte Papille auffällig blass, Papillengrenzen nicht scharf, namentlich links. Zunahme der Schwindelanfälle und der Sehschwäche. Tod durch Pneumonie. Sektionsbefund: Windungen abgeflacht. An der Basis der rechten Hemisphäre eine hühnereigroße, röthliche Cyste, die sich hinter dem Uncus in die Fissura hippocampi hinein gestülpt und dabei den Tract. opt. dext. und den Pedunc. cerebr. dext. gedrückt hat; ein Theil derselben hat sich in den Gyr. orbital. nach außen vom Sulc. olfact. und dem Trig. olfact. hineingedrängt; sie hat das Chiasma nach links geschoben. Hypophysis nach hinten verschoben. Seitenventrikel sehr erweitert. Rechtes Pulvinar nicht so hoch als das linke; rechtes Corp. genic. ext. flacher als das linke. Cyste überall leicht mit dem Messer von der Umgebung, mit der sie nur durch loses Bindegewebe zusammenhing, trennbar. **A. Neisser** (Berlin).

23. H. Rehn (Frankfurt a/M.). Eine Rubeolenepidemie.

(Vorgetragen in der pädiatrischen Sektion der Naturforscher- und Ärzteversammlung in Köln.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. Bd. XXIX. p. 282.)

R. beobachtete vom Mai bis August 1888 eine Rubeolenepidemie. Unter 40 Fällen befanden sich nur 2 Erwachsene, kein Fall unter 2 Jahren. Die Symptome waren die denkbar leichtesten. Prodrome fehlten oder dauerten höchstens 1 Tag. Das Exanthem verschwand meist am 3. resp. 4. Tage. Komplikationen und Nachkrankheiten kamen nicht vor. Betreffs der Incubationszeit ergeben die zuverlässigen Beobachtungen des Verf. genau 17 Tage (den Tag der Ansteckung und des Erscheinens des Exanthems im Gesicht mit eingerechnet). In einem Falle trat das Rubeolenexanthem 14 Tage nach Beginn eines Scharlachfiebers auf. Incubations-, Prodromal- und exanthematisches Stadium der Rubeolen verliefen dabei völlig fieberlos. **Kohts** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. **Sonnabend, den 3. August.** **1889.**

1. S. Exner und J. Paneth. Versuche über die Folgen der Durchschneidung von Associationsfasern am Hundehirn.

(Pflüger's Archiv Bd. XLIV. p. 544.)

Schon vor mehreren Jahren hat P. Reizungen der motorischen Region des Hundegehirns ausgeführt, nachdem sie durch »Umschneidung« von der übrigen Rinde isolirt worden war. Die Verff. untersuchten nun, im Anschluss an diese Versuche, »wie sich die centralen Leistungen eines Thieres verhalten und wie der anatomische Befund sich gestalten würde, wenn Thiere nach derartiger Umschneidung des Rindenfeldes der Extremitäten am Leben erhalten werden«. Schon Marique hat, wie die Verff. anführen, ähnliche Versuche angestellt.

E. und P. haben nach der mit möglichster Schonung der Pia mater ausgeführten Operation die elektrische Erregbarkeit ohne kon-

stante Veränderung gefunden. Die Störungen waren unmittelbar nach der Operation am meisten ausgesprochen und verringerten sich nur langsam. In manchen Fällen erreichten sie völlig den Grad wie nach Exstirpation des Gyrus sigmoideus; meistens waren sie geringer; nie fehlte die Unterempfindlichkeit der gekreuzten Extremitäten, der verminderte Widerstand gegen passive Bewegungen, abnorme Stellungen der betr. Beine etc. Noch nach 4 Monaten waren geringe Störungen nachweisbar. Bei der Sektion und der daran sich anschließenden mikroskopischen Untersuchung zeigte sich die umschnittene Partie der Rinde, die darunter gelegene weiße Substanz und die Nachbarschaft atrophisch (Schwund der markhaltigen Fasern, Lücken und Höhlen etc.). Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab das Vorhandensein einer tief hinabreichenden Degeneration.

Kontrollversuche, in denen bei Schonung der Rindensubstanz die Pia allein umschnitten oder gänzlich abgezogen wurde, zeigten, dass hierbei ein hämorrhagischer Infarkt entsteht und dass schwere Störungen auftreten. Wurden dagegen der Pia nur ähnliche Verletzungen zugefügt wie in den Umschneidungsversuchen, so waren wenigstens die unmittelbaren Folgen oft sehr gering, sogar unmerklich; in einem Theile der Versuche ergab diese Operation aber ähnliche Symptome und einen ähnlichen anatomischen Befund, wie die Umschneidung der Rinde. Die elektrische Erregbarkeit wurde in diesen Versuchen erst nach 14 Tagen unsicher, während sie nach dem Abziehen der Pia schon nach 3 Tagen geschwunden ist. Jedenfalls wird es durch diese Versuche zweifelhaft, ob nicht ein Theil der nach der letztgenannten Operation eintretenden Erscheinungen auf die Ernährungsstörung zurückzuführen ist. Jedenfalls aber beruhen sie anderentheils auf der Durchtrennung der Associationsbahnen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. Thoma. Über die Elasticität gesunder und kranker Arterien.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 1.)

Diese neue Arbeit T.'s, die in Verbindung mit stud. med. Käfer aus Taurien angefertigt wurde, schließt sich unmittelbar an eine Reihe früherer Aufsätze desselben Verf. an, die die Bindegewebsneubildung in den Arterienwandungen und die Aneurysmabildung zum Gegenstand hatten (Virchow's Archiv Bd. XCIII—CVI und Bd. CXI—CXIII). Die Verff. selbst fassen ihre Resultate in folgenden Worten zusammen:

1) Die Entwicklung der primären Arteriosklerose vollzieht sich in der Regel nicht gleichmäßig in den verschiedenen Provinzen des Aortensystems.

2) Gleichzeitig mit dem ersten Auftreten der bindegewebigen Verdickungen und Verfettungen in der Intima einzelner Gefäßprovinzen findet man in anderen Gefäßabschnitten eine Verminderung

der Elasticität und Schwächung der Wand, ehe es zur Entwicklung anatomisch nachweisbarer Veränderungen kommt.

3) Die Schwächung der Gefäßwand nimmt zu, während an Ort und Stelle die ersten Spuren der bindegewebigen Verdickung der Intima auftreten und in diesem Stadium der Erkrankung ist die Gefahr der Bildung arteriosklerotischer Aneurysmen am größten.

4) In dem weiteren Verlaufe der Arteriosklerose erfährt die Intima eine erhebliche bindegewebige Verdickung, wodurch die Gefäßwandung verstärkt und ihre Elasticität erhöht wird. Die Gefahr der Aneurysmabildung ist damit im Wesentlichen beseitigt; es sind aber zugleich diejenigen Momente gegeben, welche die pulsatorische Fortbewegung des Blutes beeinträchtigen, den Pulsus tardus und die Hypertrophie des linken Ventrikels des Herzens erzeugen.

Über die Untersuchungsmethode, so wie die ausgiebigen Tabellen vergleiche man das Original. Hansemann (Berlin).

---

3. **Paul-B. Bossano.** Origine tellurique du tétanos. Atténuation du virus tétanique par le passage sur le cobaye.

(Revue de méd. 1889. No. 2. Februar 10.)

Verf. bestätigt die Untersuchungen Nicolaier's u. A. Die mit Kultur- (Garten-) Erde geimpften Meerschweinchen starben am Ende des 4. Tages unter den Erscheinungen des Tetanus. Impfte Verf. bacillenhaltigen Eiter auf ein zweites Meerschweinchen, so erlag dieses in 24 Stunden unter den heftigsten Anfällen. Eine fortgesetzte Übertragung von Thier auf Thier ergab eine Abschwächung der Virulenz, so dass das 5. Meerschweinchen die Inoculation überstand. Auffallend ist, dass die Impfung mit Gartenerde den Tod erst nach 4 Tagen, diejenige mit bacillenhaltigem Eiter schon nach 24 Stunden herbeiführt. Diese Thatsache erklärt Verf. so, dass er die eingebrachte Erde als Fremdkörper ansieht, welcher durch hervorgerufene Entzündung und consecutive Eiterung den Tetanusbacillen erst einen Nährboden bereitet, während im anderen Falle der günstige Boden bereits im Eiter präformirt ist.

Roenick (Berlin).

---

4. **C. Sanquirico.** Sul cosi detto bacillo del cancro. (Laboratorio di patologia sperimentale di Siena.)

(Riforma med. 1889. No. 46—49.)

Sanarelli untersuchte in dem Laboratorium des Verf. 21 Krebsgeschwülste und zwar 5 Magenkrebse mit Metastasen in die Leber, das Bauchfell etc., 1 Mastdarmkrebs, 1 atrophirenden Brustkrebs von einer Hündin, 1 fibrösen Brustkrebs, 13 verschiedene Hautepitheliome auf das Vorkommen des Scheurlen'schen Krebsbacillus in ihnen; er sah nur in 6 Fällen und zwar aus 4 Magenkrebsen, aus dem einen fibrösen Brustkrebs und aus einem Epitheliom bei Aus-

saat des Krebssaftes den typischen Bacillus sich entwickeln. Bei der Leichtigkeit, mit welcher der letztere sich fortpflanzt und bei der Widerstandsfähigkeit seiner Sporen lag es nahe, einen Versuchsfehler bei denjenigen Autoren anzunehmen, welche ihn regelmäßig im Krebs finden konnten; um so näher lag das, als es S. in keinem einzigen Falle bei zahlreichen Untersuchungen gelungen ist, die weitere Angabe mehrerer Forscher zu bestätigen, dass der Bacillus des Krebses sich auch in anderen Neubildungen, im Sarkom, Fibrom, Myxom etc. findet.

Eine Anzahl von Züchtungen auf Agar-Agar, Bouillon und Kartoffeln ergaben bei stündlicher Kontrolle der Kultur, dass der Mikroorganismus, der in einzelnen Krebsen mit verschiedener Häufigkeit gefunden wird, ein Bacillus proteïformis ist, der mit großer Schnelligkeit seine Entwicklungsstadien durchläuft, sich durch Theilung und Sporenbildung vermehrt; dass die Sporen eine große Widerstandskraft gegen verschiedene Reagentien und besonders gegen Hitze zeigen, selbst auf einem durchaus trockenen Nährboden viele Monate hindurch ihre Lebensfähigkeit behalten und auch in Nährflüssigkeiten versenkt oder in Wasser aufbewahrt unzerstört bleiben, während die Bacillen, welche sich aus jenen Sporen entwickeln, eine weniger zähe Lebenskraft haben; dass die Bacillen zu verschiedener Länge auswachsen können, verschiedentlich in Ketten geordnet sind, unbeweglich sind und allmählich bei fortschreitender Entwicklung kürzer bleiben, um schließlich auf einem gewissen Punkt ihres Entwicklungslaufes eine Spore in ihrer Mitte zu bilden. Gentianaviolett und Methylviolett färben den Bacillus am besten; auch Fuchsin und Methylenblau sind geeignet zur Tinktion. Die Reaktion der Bacillen ist alkalisch, wenigstens bei Anwendung der Lackmusprobe.

Impfversuche mit großen Mengen des Kulturmaterials fielen durchaus negativ aus bei gesunden und frei umherlaufenden Thieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten). In wenigen Versuchen, welche Bernabei im Laboratorium des Verf. an schadhaften Objekten angestellt und »unbefugter Weise« veröffentlicht hat, kam eine Tumorenbildung und allgemeine Kachexie zu Stande, die indessen keineswegs zu den Schlussfolgerungen Bernabei's berechtigen könne, zumal von diesem die Grundlage für seine Ausführungen: »das Auftreten epitheloider Elemente in den Geschwülsten« auf falscher Wahrnehmung beruhe; Verf. lehnt jede Verantwortung für Bernabei's Mittheilung ab.

S. bestätigt also das Vorkommmen eigenthümlicher wohl charakterisirter Bacillen in Krebsgeschwülsten, findet aber bisher keinen Anhaltspunkt, der berechtigen könnte, jene Organismen als specifische Ursache des Carcinoms anzusprechen. In Anbetracht seiner Erfahrungen, der negativen Befunde Makara's u. A. schließt er sich vorläufig der Ansicht Pfeiffer's an, dass es sich beim »Krebsbacillus« um einen unschädlichen zufälligen Saprophyten handele, der unter gewissen Bedingungen herabgesetzter vitaler Energie des Organismus

in einzelnen Gewebsbezirken und selbst im Blut sich entwickeln könne.

Die von **Senger** behauptete Identität des sog. Krebsbacillus mit dem Bac. mesentericus fuscus und Bac. mesentericus vulgatus, der spontan auf Kartoffeln wächst, kann Verf. nicht zugeben, da die Kulturen der beiden an sich sehr ähnlichen Mikroorganismen auf verschiedenen Nährböden verschiedene Entwicklung zeigen.

Um so weniger dagegen möchte er die Vermuthung **Baumgarten's** (im letzten Heft der pathol. Mykologie) ablehnen, dass der sog. Krebsbacillus identisch sei mit einem von **Bizzozero** und **Bordoni-Uffreduzzi** beschriebenen Stäbchen, das normalerweise als Saprophyt auf der Hautoberfläche des Menschen sich ansiedelt.

G. Sticker (Köln).

---

5. A. Cardarelli. Gli aneurismi latenti ed oscuri dell' arco aortico.

(Riforma med. 1889. No. 50 u. 51.)

Verf. unterscheidet von den latenten Aneurysmen des Aortenbogens, d. h. denjenigen, welche am Lebenden der Diagnose sich gänzlich entziehen, die undeutlichen (obscuren) Aneurysmen, d. h. solche, welche sich durch einē Reihe scheinbar unschuldiger Symptome ankündigen aber gerade durch die nöthige Achtsamkeit auf letztere und eine folgende genaue Untersuchung mit großer Wahrscheinlichkeit sich erschließen lassen. Abgesehen von jenen Zeichen, welche aus den Beziehungen des Aneurysma zum Manubrium sterni, zu den benachbarten großen Venen, zum Ösophagus und zum linken Bronchialstamm sich ergeben, sind es vor Allem zweierlei Symptomenreihen, welche die Entlarvung jener Aneurysmen ermöglichen; die Symptome, die aus den Beziehungen des Aneurysma zur Trachea und aus seinen Beziehungen zum linken Recurrens hervorgehen.

Schon geringfügige Aneurysmen können tracheale Symptome zur Folge haben und objektiv wahrnehmbare Veränderungen erzeugen: Mäßiger Hustenreiz, geringe Athemnoth, leichte Heiserkeit fordern mangels einer deutlichen Ursache und wegen ihrer Hartnäckigkeit zur laryngoskopischen Untersuchung auf, welche drei Befunde ergeben kann: Kompression, Verschiebung der Trachea, abnorme Pulsation an den Trachealringen, Befunde, deren jeder bei gehöriger Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes und des Verlaufes auf die Diagnose hinzuführen vermag.

Die Symptome seitens des Laryngeus sind noch wichtiger, in so fern schon sehr kleine Aneurysmen mit geringer Druckwirkung sie herbeizuführen vermögen: Reizsymptome in Form eines suffokatorischen, dem Krupton ähnlichen Hustens und zeitweiliges Auftreten bedrohlicher Larynxstenose; Lähmungssymptome, namentlich in Form von phonischer Luftverschwendung und Aphonie.

Pulsatorische Bewegungen des Manubrium sterni auf der Höhe der Exspiration bei starkem Druck auf das Sternum mit der palpi-

renden Hand; außerordentliche Kleinheit oder das Fehlen des einen oder anderen Radialpulses oder Carotispulses werden unter Umständen die Diagnose des Aneurysma befestigen und seinen Sitz genau bestimmen helfen. **G. Sticker** (Köln).

---

6. M. Heitler. Über die Diagnose der Miliartuberkulose bei substantivem Lungenemphysem nebst einigen Bemerkungen über Emphysem.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 4 u. 5.)

Kombination von Tuberkulose und Lungenemphysem ist zwar nicht, wie Rokitansky meinte, ausgeschlossen, aber doch nicht allzu häufig. Am seltensten findet sich und am schwersten zu diagnosticiren ist Miliartuberkulose bei Emphysem. Bei einem Emphysematiker mit wenig Katarrh und Sputum machte H. die Diagnose auf Miliartuberkulose, als plötzlich ohne Steigerung des Katarrhs Dyspnoe, Cyanose, Fieber, Albuminurie eintraten. Unter »Lungenemphysem«, bei welchem die mechanischen Entstehungsmomente nicht so maßgebend sind, als die Autoren angeben, sollte man nur die Ausdehnung mit Parenchymschwund verstehen, andere Ausdehnungszustände der Lunge als Relaxation, Erschlaffung der Lunge bezeichnen. H. scheut sich nicht, da hochgradiges Emphysem in relativ jugendlichem Alter ohne vorhergegangene Schädlichkeit oder Erkrankung vorkommt, zu sagen, dass eine Lunge emphysematös erkrankt sein kann, bevor noch die Ausdehnung derselben nachweisbar ist.

Da Emphysem häufig mit alter Spitzeninfiltration kombinirt vorkommt und bei beginnender Tuberkulose die Lunge nicht selten ohne begleitenden diffusen Katarrh in Folge von Relaxation erweitert ist, so kann die Differentialdiagnose zuweilen erst nach längerer Beobachtung gemacht werden. Die Leichtenstern'sche Erklärung von der Ausfüllung der Komplementärräume durch die emphysematöse Lunge bedarf nach H. in so fern einer Rektifikation, als eine mehr als 3 Querfinger unter dem rechten Rippenbogen betragende Dämpfung immer — abgesehen von angeborenen oder erworbenen Leberanomalien — durch Stauung oder andersartige Lebervergrößerung bedingt sei. Bei mäßigem und hochgradigem Emphysem würde nach H. die Leber den Rippenbogen nicht, resp. nur mäßig überschreiten. Zu- und Abnahme der Leber können um so leichter Emphysem vortäuschen, als die vergrößerte Leber — nach H. plötzlich — tiefer sinke, die Lunge in Folge dessen nachrücke, auch das Herz von Lunge bedeckt sein kann. Bei diesem Anlasse bemerkt H., dass man die dreieckige Dämpfungsfigur des Herzens nur bei einer beschränkten Zahl normaler Individuen nachweisen könne. H. erörtert die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei Vorkommen von Herzgeräuschen Emphysematöser und bei der sekundären Lungenausdehnung bei primären Klappenfehlern, zu welcher es nach H.

»nicht selten« kommt. Die so häufigen systolischen Geräusche Emphysematöser werden auch jetzt noch meist als accidentelle bezeichnet, während sie durch funktionelle (relative) Insufficienz der 2- und 3zipfeligen Klappe entstehen. Nach Paltauf, mit dem H. öfters konferirte, ist das in Rede stehende Geräusch eher auf die relativ insufficiente Tricuspidalis zu beziehen, indem in solchen Fällen das rechte Herz so dilatirt ist, dass der linke Ventrikel ganz nach hinten zu liegen kommt.

Bei organischer Mitralinsufficienz mit sekundärer, die des primären Emphysems nicht erreichender Lungenausdehnung ist die Herzdämpfung gewöhnlich groß, das lungenbedeckte Herz an der normalen Stelle, bei primärem Emphysem mit consecutiver Insufficienz ist das Herz gegen das Epigastrium dislocirt, doch kann die meist fehlende oder sehr kleine Herzdämpfung ausnahmsweise in Folge akuter Dilatation auch vergrößert sein. Das bisweilen bei Emphysematikern vorkommende diastolische Geräusch kann sich H. nicht befriedigend erklären. **K. Bettelheim** (Wien).

---

7. G. Rudolphson. Zur Kenntnis und klinischen Bedeutung der idiomuskulären Wulstbildung (Schiff's idiomuskuläre Kontraktion).

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XX. Hft. 2.)

Klinische Beobachtungen über das Auftreten einer lokalen Wulstbildung am mechanisch (durch Beklopfen, Streichen) gereizten Muskel haben Auerbach, Baierlacher und Holm gesammelt, ohne über die Natur jener Erscheinung eine allgemein gültige Aufklärung gegeben zu haben. Ziemssen fasst neuerdings das Ergebnis seiner in Gemeinschaft mit Millbacher und Stadelmann angestellten Untersuchungen dahin zusammen, dass es sich bei jener lokalen Kontraktion um ein Abmagerungsphänomen handele, weil sie nur bei völligem Schwunde des Fettpolsters und hochgradiger Abmagerung der Muskulatur beobachtet werde. Die Physiologen, unter denen Schiff das Phänomen zuerst am bloßgelegten Muskel unlängst getödteter Thiere genauer studirte, fassen es als Ausdruck besonderer Zustände im neuromuskulären System auf, so zwar, dass Schiff in der lokalen Wulstbildung den Ausdruck der (submortal erhöhten) specifischen Muskelirritabilität im Gegensatz zur fortgeleiteten neuromuskulären Zuckung sieht und sie desshalb als »idiomuskuläre Kontraktion« bezeichnet, während Kühne dieselbe ausschließlich als Folge des Absterbezustandes des Nervenmuskelpräparates auffasst. Dieser Auffassung Kühne's schließt sich inhaltlich das Ergebnis einer klinischen Untersuchungsreihe von Reinhard eng an.

Verf., welcher sich die Nachprüfung des thatsächlichen klinischen Phänomens und seiner physiologischen Grundlage zur Aufgabe macht, gebraucht mit Reinhard die Vorsicht, nur schwache mechanische Reize auf den zu prüfenden Muskel anzuwenden, da, wie schon

Kühne hervorhob, starke Reize an jedem Körpermuskel des Gesunden die in Rede stehende Erscheinung hervorrufen. Er wendet, so weit eine ungefähre Schätzung es zulässt, stets gleiche Reize an, die er mithin der Dicke des den Muskel bedeckenden Fettpolsters anpasst. Er macht seine Untersuchungen sammt und sonders am Musc. pectoralis major. Zu Versuchsobjekten dienen 165 Männer, 100 Weiber, 35 Kinder (unter 12 Jahren), im Ganzen 300 Personen der inneren Krankenabtheilung, ohne irgend welche Auswahl. Davon zeigten 155 Individuen die Wulstbildung am Pectoralis, schwach 58mal, mittelstark 63mal, stark 34mal. Von 109 mageren Personen gaben 85, von 127 mittelgut genährten 54, von 64 Fetten nur 6 die Reaktion. Unter 59 Phthisikern waren 50, welche sie aufwiesen, unter 11 Krebskranken 8, unter 22 Typhuskranken 14, unter 10 Erysipelkranken 6, unter 11 Pneumoniebefallenen 6; 5 Individuen mit chronischer Bleivergiftung (ohne Lähmungen) zeigten ohne Ausnahme den idiomuskulären Wulst des Pectoralis. Während derselbe bei gesunden Erwachsenen nie zur Beobachtung kam, wurde er bei Individuen in den Entwicklungsjahren oft auf geringen Reiz in exquisiter Ausbildung gesehen, um hinwiederum bei Kindern unter 2 Jahren, sowohl bei gesunden und kräftigen, wie bei den elendesten Kranken durchaus zu fehlen.

Im Allgemeinen findet R., dass von Abmagerung allein der Muskelwulst nicht abhängig ist; dass letzterer eben so wenig ein pathognostisches Zeichen der Phthise ist (Lawson Tait), wie dem Fieber als solchem, oder einer ungenügenden Sauerstoffzufuhr oder übermäßiger Kohlensäureanhäufung eigenthümlich.

Dem negativen Einfluss des Gaswechsels gegenüber konstatirt er einen positiven des gestörten Stoffwechsels in den weitaus meisten Fällen.

Einen Zusammenhang der häufigeren Wulstbildung mit stärkerem Gebrauch der Muskeln erschließt er aus seiner Statistik, der zufolge kleine Kinder das Phänomen nie zeigten, Frauen nur in 34%, aber Männer in 66%. Er hebt hervor, dass, während die Phthisiker, welche das Phänomen darboten, fast alle dem Arbeiterstande angehörten, gerade die 9, bei welchen es fehlte, sich zusammensetzten aus: 1 Lehrer, 1 Kaufmann, 1 Maler, 1 Schriftsetzer, 1 Schieferdecker, 1 Drehorgelspieler und 3 Frauen. (Ref. will es bedünken, als ob der Musculus pectoralis eines Schriftsetzers, Schieferdeckers und besonders eines Drehorgelspielers nicht wohl als wenig angestrengter Muskel im Gegensatz zu dem stark gebrauchten eines Arbeiters gesetzt werden dürfe. Und wenn R. die Beobachtung Auerbach's citirt, dass der Muskelwulst bei 2 Männern auftrat, »die sich im Verhältnis zu ihren Kräften übermäßig angestrengt hatten«, so dürfte er dieselbe kaum dahin verallgemeinern, dass der am meisten angestrengte, geübte Muskel zu dem Muskelphänomen disponirt sei, sondern nur dahin, dass der am häufigsten überanstrengte, übermüdete Muskel zu jener Erkrankung neige.)

In einer Besprechung der muthmaßlichen anatomischen Grundlage für das Phänomen des idiopathischen Muskelwulstes kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass als charakteristisch für das Substrat der Wulstbildung die trübe Schwellung der kontraktilen Substanz in ihren verschiedenen mit Undeutlichwerden der Querstreifung und Vermehrung der Muskelkerne einhergehenden Stadien zu bezeichnen sei, die fettige Degeneration hingegen wohl nur als Accidens zu betrachten.

G. Sticker (Köln).

---

8. **Hagenbach-Burckardt** und **Duboisin** (Basel). Über infantile Hysterie. (Beobachtungen aus der Kinderklinik.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXIX. p. 287. N. F.)

Verf. bekennt sich zur Ansicht Liebermeister's, wonach die Hysterie eine funktionelle Erkrankung der grauen Hirnrinde selbst, also eine psychische Krankheit ist, und nicht, wie Andere (Leidesdorff) wollen, eine Neurose, die oft mit psychischen Störungen einhergeht. Für diese Auffassung macht er geltend, dass die psychischen Symptome niemals fehlen, oft sogar die ersten und einzigen sind, dass auch die Hypochondrie unter die Psychosen gerechnet wird, dass sich öfters ein allmählicher Übergang von der Hysterie in eine schwerere Geisteskrankheit findet. Bei Kindern ist das sonst oft so verworrene Bild der Hysterie meist einfacher und durchsichtiger, wesshalb diese Fälle für das Studium besonders geeignet erscheinen. In den meisten bisherigen Veröffentlichungen darüber fehlten Angaben über den weiteren Verlauf der Krankheit, Recidive etc. nach dem Verlassen des Spitals. Um zur Ausfüllung dieser Lücke beizutragen, hat Verf. einer Anzahl von Fällen, welche seit 1872 im Kinderspital zu Basel behandelt waren, nachgeforscht und dieselben bis auf einen im Juni 1888 wiedergesehen resp. sich genaue Auskunft über dieselben verschafft.

Auf Grund der 24 Krankengeschichten (3 Knaben, 21 Mädchen) geht Verf. zunächst auf die Ätiologie der Krankheit ein, wobei die Prädisposition meistens die Hauptrolle spielt. In 58% der Fälle konnte eine hereditäre neuropathische Belastung nachgewiesen werden, 50% waren tuberkulös belastet. Nur 3 Pat. mit leichter Hysterie waren in beiden Beziehungen frei. Von erworbenen prädisponirenden Momenten werden Ernährungsstörungen und Anämie (alle Pat. bis auf 2 waren anämisch) angegeben. In einigen Fällen schien Pertussis einen sehr schlechten Einfluss auf die Konstitution der Pat. gehabt zu haben. 2 Pat. hatten Poliomyelitis anterior acuta gehabt. Von Gelegenheitsursachen wird nur in 8 Fällen berichtet (Schreck, Angst, Lokal- und Allgemeinleiden). Bezüglich der Frage, wie sich größere oder geringere hereditäre Belastung zum Zeitpunkt des Auftretens der Hysterie verhält, ergiebt die Zusammenstellung, dass von 8 Pat., welche sicher vor dem 10. Lebensjahre die ersten Symptome zeigten, 6, von 16 erst nach dem 10. Jahre erkrankten nur die Hälfte nervös belastet waren. Auch der hohe Procentsatz

(58%) der neuropathischen Belastung bei diesen Kindern im Gegensatz zu einer Statistik von Briquet bei Erwachsenen (25%) zeigt, wie dieselbe das frühe Auftreten der Hysterie befördert. Was den Verlauf angeht, so ist bei frühzeitiger Behandlung die Besserung zunächst meist eine sehr schnelle, allein der weitere Verlauf ist oft ein ungünstiger. Von 22 Pat. (2 sind hier nicht zu berücksichtigen) bekamen 14 innerhalb der ersten 4 Jahre nach dem Spitalaustritt Recidive, die übrigen blieben meist anämisch. Von 11 Pat., die jetzt über 17 Jahre alt und vor über 5 Jahren aus dem Spital entlassen sind, ist nur einer ganz gesund (derselbe stammt aus ganz gesunder Familie); alle übrigen sind leidend (Kopfweh, Herzklopfen, leichte Nervosität, Schwäche, geistige und körperliche, Schwachsinn, hysterische Psychose). Bei der Diagnose können epileptiforme Anfälle, eventuell daneben Simulation, zuweilen große Schwierigkeiten machen, wie Verf. an einer besonderen Krankengeschichte zeigt. Charakter, Konstitution fallen bei der Entscheidung neben den gewöhnlichen Symptomen sehr ins Gewicht. Die Prognose hält Verf. nach alle dem mit Emminghaus quoad valetudinem completam »im Ganzen für nicht günstig«. Dieselbe ist von der Möglichkeit einer baldigen konsequenten Therapie sehr abhängig, bei der nach Behandlung der Symptome durch psychische Einwirkung eine weitere Hauptaufgabe der Allgemeinbehandlung zufällt.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

9. O. Rosenbach (Breslau). Über Chloroforminhalation als sedatives Mittel bei Lungen- und Herzkranken.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 1.)

R. hält die langsame Inhalation von 5—15 g Chloroform (am besten auf in einen nicht zu nahe gehaltenen Trichter gestopfte Watte gegossen oder auch mittels der gebräuchlichen Kapseln oder Masken) für indicirt, wenn Morphium, Chloral etc. nicht schnell genug wirken oder einen zu lange anhaltenden Effekt, unangenehme Nebenwirkungen haben, also z. B. bei schmerzhaften oder dyspnoischen Anfällen, immer wiederkehrenden, lange dauernden Hustenparoxysmen, asthmatischen Anfällen Herz- oder Lungenkranker, beim Asthma cardiacum verum, beim Singultus, beim paroxysmalen (akuten) Lungenödem, in Folge von Nierenschrumpfung und gewissen Herzkrankheiten. R. hat bis jetzt von diesem beinahe obsolet gewordenen Mittel keine unangenehmen Neben- oder Nachwirkungen gesehen, verwahrt sich übrigens gegen das immer mehr hervortretende Bestreben, plötzliche, nach gewissen ärztlichen Maßnahmen (Morphininjektionen) erfolgende Todesfälle (z. B. bei Anfällen von Herzschwäche) dem Arzte und nicht der Krankheit zuzuschreiben.

K. Bettelheim (Wien).

Kasuistische Mittheilungen.

10. Weichselbaum. Der Diplococcus pneumoniae als Urache der primären, akuten Peritonitis.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde 1889. No. 2.)

Schon früher ist es dem Autor der vorliegenden Arbeit und anderen Forschern gelungen, den Fraenkel'schen Pneumoniecoccus als Ursache einer primären Pleuritis nachzuweisen. Nunmehr hat W. 2 Fälle beobachtet, welche beweisen, dass der genannte Coccus, den man anfänglich nur mit der krupösen Pneumonie in Verbindung brachte, auch in der Peritonealhöhle sich lokalisiren und Erreger einer primären, akuten Peritonitis werden kann. Mit dieser Thatsache steht im Einklange das Ergebnis von Thierexperimenten, indem es auch bei Thieren durch Infektion mit dem Diplococcus pneumoniae gelingt, das eine Mal diesen, das andere Mal jenen Process zu erzeugen, je nach dem Orte der Einimpfung und der Menge und Virulenz der eingebrachten Kulturen. Selbstverständlich darf man nun aus W.'s Untersuchungen nicht folgern, dass jede primäre Peritonitis durch den Diplococcus pneumoniae bedingt wird, denn sowohl W. selbst wie andere Autoren (Leyden) konnten bei akuten, idiopathischen Bauchfellentzündungen den Streptococcus pyogenes auffinden; eben so ist die Möglichkeit des Vorkommens anderer Bakterien a priori nicht ausgeschlossen.

Von Interesse ist übrigens noch, dass sich in beiden Fällen W.'s eine tiefgreifende Ulceration des Magens vorfand, von welcher aus vielleicht der Diplococcus pneumoniae in die Bauchhöhle eindrang, eine Annahme, die freilich noch durch weitere Untersuchungen gestützt werden muss. **M. Cohn** (Berlin).

11. Thue (Christiania). Untersuchungen über Pleuritis und Pericarditis bei der krupösen Pneumonie.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde 1889. No. 2.)

T. hat eine Reihe von Fällen untersucht, in denen eine krupöse Pneumonie mit Pleuritis und Pericarditis kombinirt war, um zu sehen, ob die Mikroorganismen bei der krupösen Pneumonie sich außerhalb der Lungen verbreiten und bei den Entzündungen der naheliegenden serösen Häute gefunden werden und in diesem Falle, welche Wege sie eingeschlagen haben. Er fertigte zu diesem Zwecke von 5 einschlägigen Fällen Serienschnitte der an einander stoßenden Blätter der Pleura und des Pericards an. In 4 Fällen fand er an diesen Schnitten die Fraenkel'schen Kokken sowohl an der Oberfläche, wie im Gewebe zerstreut, zweimal auch eine distinkte ganz mit Pneumokokken gefüllte Lymphbahn. Zwei beigegebene allerdings nicht sehr gut ausgeführte Zeichnungen sollen diese Verhältnisse darstellen.

P. schließt aus seinen Untersuchungen, dass derselbe Mikroorganismus, der die krupöse Pneumonie hervorruft, auch die begleitende Pleuritis und Pericarditis veranlasst, indem der Mikroorganismus zuerst in das subpleurale Gewebe und die Pleura sich einnistet, dann von der Oberfläche der Pleura pulmonalis mechanisch auf die Pleura mediastinalis geführt wird, um schließlich weiter durch die Lymphbahnen ins Pericardium zu wandern. **M. Cohn** (Berlin).

12. C. Bozzolo. La batterioscopia quale criterio diagnostico della meningite cerebrospinale.

(Riforma med. 1889. No. 45.)

Bei einem 54 Jahre alten Mechaniker schwankte die Diagnose einer akuten fieberhaften Krankheit, die mit Ikterus, Albuminurie, Milzschwellung und schmerzhafter Leberanschwellung einherging, zwischen der Annahme eines Leberabscesses, wofür noch die anamnestische Angabe früherer Anfälle von Ikterus sprechen konnte und der Annahme eines Falles von Weil'scher Krankheit, gegen welche allerdings die öftere Wiederkehr des initialen Schüttelfrostes und der intermittirende Fiebertypus in Betracht kam, während gleichzeitig auftretende Cerebralerscheinungen und Muskelschmerz im Nacken (ohne Spannung!) nach den Beobachtungen

Fiedler's sich wohl mit der letzteren Annahme vereinigen ließen. Um womöglich einen weiteren Anhaltspunkt für die Diagnose zu gewinnen, machte B. am 9. Tage der Krankheit eine Explorativpunktur in das Gewebe der Leber. Die Aussaat des dabei gewonnenen Blutes ergab die Entwicklung einer typischen Kolonie des Fraenkel'schen Pneumoniecoccus, dessen Identität auch durch Impfungen festgestellt wurde.

Wenn auch mangels jeglichen örtlichen Befundes zu Anfang der Krankheit und später eine Pneumonie ausgeschlossen werden musste, so war durch den unerwarteten Bakterienbefund die Thatsache einer »pneumonischen Infektion« sichergestellt; es musste sich um eine andere Lokalisation handeln. Die Thatsache, dass der von Foà und Bordoni-Uffreduzzi gefundene Meningococcus mit dem Diplococcus A. Fraenkel's identisch ist, musste in Betracht gezogen werden, da auch Erbrechen, Kopfweh, Nackenschmerzen, Fehlen des Patellarreflexes nunmehr die Diagnose einer Meningitis cerebrospinalis nahe legten. Die Sektion am 11. Tage nach Beginn der Erkrankung ergab: eitrige Meningitis an der Konvexität und Basis; Fehlen jeglichen Lungenherdes; akute Endocarditis; kleine Leberabscesse in der Umgebung von Gallenwegsteinen. **G. Sticker** (Köln).

13. Dunin. Observations sur les rapports qui existent entre la pleurésie et la tuberculose au point de vue clinique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1887. No. 18.)

D. kann auf Grund seiner klinischen Erfahrungen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen nicht zu einem endgültigen Urtheil darüber gelangen, ob in Bezug auf den Zusammenhang von Pleuritis und Tuberkulose, die erstere die Folge sei von einer tuberkulösen Erkrankung der Lunge oder ob diese letztere erst durch die Folgen der Pleuritis (Kompression der Lunge, Atelektase etc.) bedingt werde. Er neigt sehr zu der ersteren Anschauung, lässt aber auch die Frage offen, auf welche Weise tuberkulöse Herde der Lunge eine Pleuritis erzeugen (s. Gilbert und Lion, d. Bl. 1889 No. 14.) **Seifert** (Würzburg).

14. W. K. Sibley (aus London). Über Tuberkulose bei Wirbelthieren. (Aus dem patholog. Institut zu Straßburg.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 104.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Tuberkulose bei Wirbelthieren. Im 1. Falle, der eine Schlange betrifft (Tropidonotus natrix var. murorum), war die Affektion in Form kleinerer und größerer Knoten in fast allen Organen (mit Ausnahme der Lungen und des Herzens, so wie des Mesenteriums und Peritoneums), speciell auch in dem Unterhautbindegewebe verbreitet. Die mikroskopische Untersuchung ergab mit großer Wahrscheinlichkeit, dass die Erkrankung primär ihren Sitz im lymphatischen System hatte. Der 2. Fall betrifft einen Pfau, bei dem außer den inneren Organen auch das rechte Kniegelenk und die Gefäße ergriffen waren. Der 3. Fall endlich, eine Eule aus Afrika, zeichnete sich dadurch aus, dass auch die größeren, ziemlich beträchtlichen Knoten keine Tendenz zum Zerfall oder zur Verkäsung haben. Die Knötchen, so wie die Art der Bacillenvertheilung in den epitheloiden Zellen hatten vielfach Ähnlichkeit mit Lepra. Die Bacillen selbst werden aber vom Verf. entschieden für Tuberkelbacillen angesprochen.

Hansemann (Berlin).

15. Foà und Bonome (Turin). Ein Fall von Septikämie beim Menschen mit einigen Kennzeichen der Milzbrandinfektion.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. V. Hft. 3.)

Milzbrand ist beim Menschen zweifellos eine seltene Krankheit und wird oft diagnosticirt, wo es sich in der That nur um eine andere bacilläre Septikämie handelt. Wie schwer es oft ist, solche verwandte Krankheiten richtig aus einander zu halten, beweist folgender Fall.

Ein 44jähriger Gerber bekam ein Bläschen auf der Haut des Vorderarmes, um welches herum sich neue Bläschen verschiedener Größe bildeten, während in der Umgebung sich eine starke Anschwellung mit heftiger Spannung und großen

Schmerzen entwickelte und über den ganzen Arm und die Brust verbreitete; es bestanden hohes Fieber, Diarrhoen und am 5. Tage trat der Exitus letalis ein. Im Blute wurden schon intra vitam zahlreiche unbewegliche Bacillen gefunden. Bei der Sektion fand sich in der geschwollenen Haut blutig seröse mit Gasblasen vermischte Flüssigkeit; die Muskeln darunter waren geschwollen, schlaff, hämorrhagisch geröthet; keine Milzschwellung, Ecchymosen unter dem Pericard, in der Milz und Dünndarmschleimhaut; die Nieren geschwollen, hyperämisch, in der Corticalis Ecchymosen. In der Ödemflüssigkeit, so wie in allen Organen fanden sich milzbrandähnliche Bacillen, z. Th. zu Gliedern zusammenliegend, die in der Ödemflüssigkeit etwas kürzer, im Blute, in der Milz und Leber länger waren. Überimpfung von Organtheilchen auf Versuchsthiere verursachte deren Tod und an der Impfstelle bildete sich ein krepitirendes Ödem. Die Reinkultur des Bacillus, die auf allen Nährböden gelang und sich wesentlich von den Kulturen des Milzbrandbacillus unterschied, wirkte in gleicher Weise auf Thiere pathogen.

Hier handelt es sich also nicht um Milzbrand trotz des ähnlichen klinischen Verlaufes, sondern es liegt eine septikämische Erkrankung vor, die durch einen kurzen aerobischen Bacillus bedingt wurde, der sich durch Spaltung vermehrt und wahrscheinlich nach dem Tode des Thieres im Blute eine Metamorphose erleidet, wodurch er dem Milzbrandbacillus sehr ähnlich wird. Die kurzen und langen Bacillen halten die Verff. nur für zwei verschiedene Formen des nämlichen Individuums.

Goldschmidt (Nürnberg).

16. Jamot. Cas très grave d'épilepsie. — Guérison par la médication bromurée.

(Union méd. 1889. No. 26.)

Ein 11jähriger, bisher gesunder Knabe erhielt mit einem Stock einen heftigen Hieb über den Kopf. Die strichförmige Wunde war nach 48 Stunden gut verheilt, jedoch war das Kind blass, traurig, verstimmt und zerstreut. 17 Tage später epileptischer Anfall, der sich in der Nacht zweimal wiederholte. Nach 2 Monaten erneuter Anfall mit Bewusstseinsverlust etc. Es wurden verschiedene (auch homöopathische) Kuren bei dem Knaben angewendet, die Anfälle häuften sich aber derartig, dass der Pat. im Verlauf eines Monats 85 Schwindelanfälle, 11 kleine und 17 große epileptische Anfälle hatte; Gedächtnisskraft, Frohsinn etc. des Kindes schwanden immer mehr. Bromkalium mit Eisen oder Belladonna hatte keinen Erfolg; Bromkalium allein in Gaben von 1—3 g erzeugte Magenkrämpfe, Appetitlosigkeit, Durchfall. Verfall der Körperkräfte. Der Zustand verschlimmerte sich in den nächsten Monaten so, dass eines Tages der Exitus nahe bevorzustehen schien. Glücklicherweise trat Schlaf ein, aus welchem der Pat. vollkommen verwirrt erwachte. Es wurde nun ein chemisch reines Bromkaliumpräparat mit Cort. aurant. (Sirop de Henry Mure) verordnet und konsequent die Darreichung desselben durchgeführt. Der Zustand besserte sich von der Zeit an — Pat. erhielt täglich 3 Löffel des Medikamentes —, indem zunächst die großen Anfälle ausblieben; auch die gesunkenen Körperkräfte hoben sich. Nach 4 Monaten vom Gebrauch des Mittels an gerechnet, hatten auch die Schwindelanfälle aufgehört. Nach weiteren 9 Monaten trat wiederum ein epileptischer Anfall von mittlerer Stärke auf, nachdem 1 Monat lang ohne ärztliche Anweisung der Gebrauch des Mittels ausgesetzt war. Das Präparat wurde sofort wieder angewendet und die Anfälle blieben von jener Zeit an vollkommen aus. Die psychischen Funktionen des jungen Mannes waren wieder normal. Der ehemalige Pat. ist jetzt 35 Jahre alt, verheirathet, Vater zweier Knaben. Nur in den ersten Monaten seiner Ehe hatte er wieder einige leichte Schwindelanfälle, die nach Gebrauch von 2 Löffeln des Präparates pro die völlig verschwunden sind.

G. Meyer (Berlin).

17. Benczúr. Haselnussgroßer solitärer Tuberkel im rechten Gyrus praecentralis.

(Pester med.-chir. Presse 1888. No. 41.)

Eine 58jährige Frau wird plötzlich vom Schwindel erfasst. Die linke Gesichtshälfte und die Zunge zogen sich stark zusammen. Es bleibt eine leichte Parese

der linken Seite und eine Deviation der Zunge nach links. Keine sensiblen Veränderungen. Jeden Tag Krampfanfall mit keuchendem Athem. Die Muskeln des Gesichts, des Armes, des Beines kontrahiren sich klonisch nach einander. Mit der Zunge fängt es an, mit dem Fuß hört es auf. Das Bewusstsein ist ungetrübt, doch besteht Kopfschmerz. Eröffnung eines tuberkulösen Abscesses am linken Knie.

Sektionsbefund: Alter Käseherd in der rechten Lungenspitze. Kalter Abscess am Sternum. An der Grenze von mittlerem und unterem Dritttheil des rechten Gyrus praecentralis ein haselnussgroßer pilzförmiger, an der Peripherie transparenter, im Centrum gelblicher Käseherd, der in die Rindensubstanz eindringt. Die komprimirte Stelle entspricht dem 71. Quadrate des Exner'schen Schemas.

Für einen Rindentumor sprachen die isolirten Lähmungen, Krämpfe in paretischen Muskeln in charakteristischer Reihenfolge.

Läsionen dieser Stelle gehen nach Exner einher mit Parese des Facialis (in 71%), der oberen Extremitäten (100%), der unteren Extremitäten (86%), der Halsmuskeln (14%), der Zungenmuskeln (59%), der Augenmuskeln (14%), mit Sensibilitätsstörungen in 29%.

Die Geschwulst wurde verlegt in den unteren Theil des Gyrus centralis ant., weil die unteren Extremitäten in den Hintergrund traten. Man vermuthete ein syphilitisches Produkt, da sich die tuberkulösen Veränderungen der Lunge der Diagnose entzogen und wegen mehrmaligen Abortes. Wegen Erbrechens und Häufigerwerden der Krämpfe musste ein fortschreitender Process vermuthet werden.

P. Ernst (Heidelberg).

18. A. Pick. Kritischer Beitrag zur Lehre von der Lokalisation in der Großhirnrinde.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. X. p. 1.)

Bei einer 38jährigen bis dahin normalen Frau entwickelt sich im Anschlusse an einen Krampfanfall ziemlich rasch ein Zustand von geistiger Schwäche; eine anfänglich nur ganz leichte, im unteren Facialis und im linken Bein angedeutete Parese nimmt allmählich zu, und unter theils sensiblen, theils motorischen Reizerscheinungen der linken Körperhälfte entwickelt sich langsam ausgesprochene linksseitige Hemiplegie mit Kontraktur. Die Diagnose wird auf eine progressive, in der Nähe des motorischen Rindenabschnittes gelegene, auf die motorische Zone selbst übergreifende Rindenaffektion gestellt; bei der Sektion fanden sich Erweichungsherde in der Corticalis und Markmasse der Schläfenwindungen des Gyrus supramarginalis und angularis dext., während in den als motorische Zone bekannten Abschnitten jede makroskopische Läsion fehlte. Dagegen war an dem gehärteten Rückenmark das Vorhandensein einer sekundären Degeneration der linken Pyramidenseiten- und rechten Pyramidenvorderstrangbahn deutlich nachzuweisen. Angesichts dieses Befundes konnte auf Grund der jetzt wohl allgemein geltenden Anschauungen angenommen werden, dass die Pyramidenbahn irgend wo zerstört sein musste und es ließ sich mit größter Wahrscheinlichkeit vermuthen, dass (mit Rücksicht auf den Krankheitsverlauf) in der Rinde der motorischen Zone, oder in den von derselben ausgehenden Markstrahlungen nur mikroskopisch nachweisbare Veränderungen vorhanden gewesen seien. (Das Gehirn wurde leider nicht zur genaueren Untersuchung aufbewahrt.)

In dem hier geführten Nachweise von der Übereinstimmung des Falles mit der Lokalisationslehre sieht Verf. die Bedeutung desselben, da er nur allzu sehr geeignet scheint, wie ähnliche in der Litteratur niedergelegte Beobachtungen bei fehlender Untersuchung des Rückenmarkes, zu falschen Schlussfolgerungen zu führen.

E. Schütz (Prag).

19. A. G. Barrs. On the disturbance of the tactile sensory function of the skin in cases of peripheral Neuritis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. Februar.)

Verf. schildert 2 Fälle multipler peripherischer Neuritis, bei welcher sich nur Motilitäts-, aber keine Sensibilitätsstörungen nachweisen ließen. Bei dem zweiten

Falle bestanden außer den motorischen Erscheinungen nur Parästhesien. In jenem war Erkältung, in diesem eine septische Wunde die Ursache der Nervenaffektion. Verf. nimmt nun an, dass gewisse toxische Substanzen (Blei), infektiöse Processe, Erkältungseinflüsse, Parenchymerkrankungen peripherischer Nerven veranlassen und so nur einzelne, gewissen Funktionen dienende Fasern ausschalten (Joffroy, Gombault u. A.), während interstitielle Neuritiden die verschiedenwerthigen Nervenfasern treffen und damit komplicirtere Symptomenbilder herbeiführen können.

J. Ruhemann (Berlin).

20. **Müller.** Beitrag zur Kenntnis des Hydrargyrum salicylicum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 7.)

M. gelangt zu folgenden Resultaten:

Das Hydr. salicylic. steht, innerlich, subkutan und auf Wunden angewendet, den übrigen Quecksilberverbindungen an Giftigkeit bedeutend nach.

Die Resorption des Mittels bei Hunden vom Verdauungstractus und von der Subcutis aus ist eine prompte, dieselbe findet von der Haut aus nur statt bei granulirenden Wunden, wenn das Hydr. salicylic. in großen Mengen zu Dauerverbänden benutzt wird.

Auf Demodex folliculorum übt das Mittel weder in Salbenform noch in gelöstem Zustande eine nennenswerthe Wirkung aus.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

21. **Lehzen und Knauss.** Über Xanthoma multiplex planum, tuberosum, mollusciforme.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 1.)

Der beobachtete Fall ist in ätiologischer Beziehung bemerkenswerth, weil die Krankheit bei zwei Schwestern, deren Eltern und Voreltern gesund waren, gefunden wurde und sich im Kindesalter im Anschlusse an anderweitige Hauterkrankungen entwickelt hatte. Bei der einen Kranken zeigten sich zuerst gelbe wenig erhabene Flecke an den Lidern beider Augen, nach ca. 1 Jahre traten eben solche, aber etwas stärkere, erhabene Flecke an beiden Knieen auf. Dieselben vermehrten und vergrößerten sich ständig. Ziemlich gleichzeitig bildeten sich Erhebungen an den Händen, während die Ellbogen später, zuletzt die Glutäalgegend und die linke Ferse in derselben Weise erkrankten. An der rechten Ferse entwickelte sich eine Geschwulst in 3 Monaten zu einer recht bedeutenden Größe. Daneben bestand eine Erkrankung des Gefäßsystems, welche unter dem klinischen Bilde einer Mitralinsufficienz auftrat und von Leube vermuthungsweise als Xanthoma endocardii aufgefasst wurde. Die Sektion bestätigte diese Vermuthung. Der Sitz der schwersten Erkrankung war der Anfangstheil der Aorta, viel unbedeutender waren die Veränderungen auf der dem Vorhofe zugekehrten Seite der Mitralis und im ganzen rechten Herzen, wo nur die Pulmonalklappe und Pulmonalarterie betroffen waren. Besondere Beachtung verdient die Theilnahme der Coronararterien an dem Entartungsprocesse. Nach der Art der Vertheilung des Processes auf das Herz und die großen Gefäße bekommt man ganz ähnlich wie auf der Haut den Eindruck, als ob besonders diejenigen Stellen betroffen wären, welche mechanischen Einwirkungen am meisten ausgesetzt sind. An den großen Halsgefäßen waren die Veränderungen ebenfalls sehr charakteristisch entwickelt. Bei weiteren Beobachtungen wäre daher speciell auf die Untersuchung des Herzens und der peripheren Gefäße zu achten.

Bei der 3jährigen Schwester war ebenfalls das symmetrische Auftreten der Krankheit bemerkenswerth. Auch hier befanden sich an den Ellbogen, Knieen, in der Sacral- und Glutäalgegend kleine gelbe Knötchen, an beiden Fingern erbsengroße Knoten und an den Achillessehnen kastaniengroße Fibrolipome. Die Untersuchung des Herzens ergab normalen Befund.

Der pathologisch-anatomische Befund ergab in Übereinstimmung mit früheren Thatsachen, dass das Xanthom eine wirkliche Geschwulst, ausgehend von den Endothelien der Lymphbahnen, ist, deren Zellen dabei einen ausgesprochen eigen-

artigen Charakter annehmen, sich vor Allem durch einen auffallenden, niemals von degenerativen Vorgängen herrührenden Fettgehalt auszeichnen und in der Regel eine erhöhte Pigmentirung besitzen. **Joseph** (Berlin).

22. A. Durcy. Virus dell' ulcera venerea non e stato ancora cultivato.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. Fasc. 1.)

In einer vorläufigen Mittheilung giebt D. an, dass er durch fortlaufende Überimpfung des weichen Schankers von Arm zu Arm ein von Verunreinigungen freies Virus erzielen konnte; dasselbe enthielt nur eine Art von Diplokokken, welche sich durch außerordentliche Kleinheit und die Unfähigkeit, auf den gewöhnlichen Nährböden zu wachsen, auszeichnete. Der Eiter der Bubonen, wahrscheinlich durch die Lebensthätigkeit jenes Diplococcus verursacht, selbst aber (mikroskopisch) frei von Bakterien, erzeugt auf der menschlichen Haut keine Reaktion oder nur eine kleine Pustel, subkutan verimpft einen nicht weiter übertragbaren Abscess.

H. Neumann (Berlin).

23. Zwillinger (Budapest). Einiges über Pemphigus der oberen Luftwege.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 15.)

An der Schleimhaut des Mundes und des Nasen-Rachenraumes hat Z. in keinem seiner Fälle Blasenbildung beobachtet, dagegen in 2 Fällen Blasenbildung an beiden Flächen des Kehldeckels. Die Blasen waren halbwalnussgroß, grauweiß, schlaff. Ferner konnte in einem Falle der gleiche Process über der rechten ary-epiglottischen Falte und oberhalb des rechten Aryknorpels beobachtet werden. Die Blasen waren von kurzem Bestande, nach dem Platzen derselben erschien die Schleimhaut hochroth, glatt, glänzend, des Epithels beraubt, theilweise mit einem floräbnlichen graugelben Belage bedeckt. **Seifert** (Würzburg).

24. Brown. Intubation of the larynx in diphtheritic croup.

(New York med. journ. 1889. März 9.)

B. giebt außer seinen eigenen weiteren Beobachtungen über den Erfolg der Intubation eine Zusammenstellung sämmtlicher bisher mit Intubation behandelter Fälle, die sich auf 2368 belaufen mit 647 Heilungen = 27,3%. Es sind an dieser Zahl betheiligt 166 Operateure in Deutschland, Frankreich, England, Spanien, Kanada und den Vereinigten Staaten.

Von 200 eigenen mit Intubation behandelten Fällen von diphtheritischer (membranöser) Laryngitis sind 54 = 27% geheilt, darunter 87 männliche und 113 weibliche Pat. Der Urin enthielt Albumen in 116 Fällen, war eiweißfrei in 15 Fällen und blieb ununtersucht in 69 Fällen.

In den Fällen mit unglücklichem Ausgang betrug die durchschnittliche Lebensdauer nach der Intubation 2 Tage 23 Stunden, in den Fällen, die zu Genesung kamen, betrug die durchschnittliche Dauer der Intubation des Kehlkopfes 5 Tage und 10 Stunden. **Seifert** (Würzburg).

25. Newth. Hyposulfite bei Wuthkrankheit.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 1. p. 12.)

Die unterschwefligsauren Salze, welche bei der Behandlung der Septikämie eine Rolle spielen, sollen auch Erfolg versprechen bei der Lyssa. Gleich nach dem Bisse verordnet N. 0,3—0,4 g Natrium- oder Magnesiumhyposulfit 4stündlich mehrere Wochen lang. Bei Ausbruch der Krankheit wird dieselbe Dosis stündlich oder 2stündlich angewandt, daneben Dampfbäder oder Heißluftbäder, oder laue, protrahirte Bäder, welche ein unterschwefligsaures Salz enthalten. Auch subkutane Injektionen oder Rectalinjektionen sind zu verwenden.

Prior (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 10. August.** **1889.**

1. **Chauveau.** Sur les propriétés vaccinales de microbes ci-devant pathogènes transformés en microbes saprogènes destitués de toutes propriétés virulentes.

(Compt. rend. de l'acad. des sc. 1889. No. 7. p. 319.)

2. Derselbe. Les microbes ci-devant pathogènes, n'ayant conservé en apparence que la propriété de végéter en dehors des milieux vivants peuvent-ils récupérer leurs propriétés infectieuses primitives?

(Ibid. No. 9. p. 379.)

C. hatte schon 1884 nachgewiesen, dass Milzbrandbacillen, einem erhöhten Atmosphärendruck während 4—5 Generationen ausgesetzt, in ihrer Virulenz bedeutend abgeschwächt wurden. Er setzte diese Versuche fort und fand, dass solche attenuirte Kulturen unter dem weiteren Einfluss von komprimirtem O 3—4 Generationen lang ihre Virulenz nunmehr vollständig einbüßten. Trotzdem ist der patho-

gene Bac. anthracis nicht zu einem saprogenen Mikroorganismus im gewöhnlichen Sinne des Wortes geworden, denn er hat, wie C. weiter gezeigt, seine vaccinalen Eigenschaften beibehalten. Bouillonkulturen dieser so behandelten Milzbrandbacillen in steigender Dosis von 4 Tropfen bis 3 ccm Schafen, Eseln und Pferden eingespritzt, verleiht diesen Thieren beinahe immer Immunität gegen spätere Inoculationen mit ganz kräftigem Milzbrandmaterial (von den 18 so vaccinirten Thieren starben nur 2).

In seiner zweiten Arbeit zeigt C., dass es möglich ist, den vollständig ihrer infektiösen Eigenschaften beraubten Milzbrandbacillen wieder zu ihrer ursprünglichen Virulenz zu verhelfen. Dies kann nur durch Bouillonkulturen erreicht werden, und zwar spielt hierbei die Zusammensetzung der angewandten Bouillon die Hauptrolle.

1) Es muss vor Allem frisches Blut hineinkommen (C. wandte nur Meerschweinchenblut an);

2) es muss sich die Bouillon durch eine gewisse Armuth an Nährstoffen auszeichnen;

3) begünstigt eine unvollständige Anaerobiose diese kräftigende Wirkung des Blutes.

E. Levy (Straßburg i/E.).

---

3. **Straus.** Sur la vaccination contre la morve.

(Compt. rend. de l'acad. des sc. 1889. No. 10. p. 530.)

Während bisher der Rotz zu den Infektionskrankheiten zählte, deren einmaliges Überstehen keine Immunität gewährt, hat S. in der vorliegenden Arbeit gezeigt, dass durch eine bestimmte Versuchsanordnung beim Hunde, der bekanntlich für Rotz sehr wenig empfänglich ist, sich Präventivvaccination erzielen lasse. Er spritzte diesen Thieren geringe Mengen von virulenten Rotzkulturen intravenös ein. Die Thiere erkrankten leicht und waren nunmehr nach überstandener Krankheit gegen weitere selbst massenhafte intravenöse Inoculation von ganz virulenten Rotzkulturen immun. Bei subkutaner Einbringung des Rotzmaterials erwiesen sich dieselben Thiere viel weniger geschützt. Weitere Versuche S.'s bei Thieren mit großer Empfänglichkeit für Rotz (Esel, Pferde) sind bis jetzt ohne Erfolg geblieben.

E. Levy (Straßburg i/E.).

---

4. **E. Metschnikoff.** Recherches sur la digestion intracellulaire.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1889. No. 1. p. 25.)

Seine bekannte Phagocytenlehre führt M. zu einem genaueren Studium der intracellulären Verdauung, für welches ihm zunächst die Myxomyceten als geeignetes Objekt erscheinen. Es ist von ihnen bekannt, dass sie gewisse Stoffe in sich aufnehmen und auflösen können; dass diese Lösung als Verdauung im engeren Sinne aufzufassen sei, war aber bisher nicht erwiesen, da zwar von verschiedenen Beobachtern Pepsin, nicht jedoch eine für die Pepsinwirkung uner-

lässliche Säure in den Schleimpilzen nachgewiesen war. M. führt diesen Nachweis mittels Körnchen von blauem Lackmus; dieselben färben sich, nachdem sie vom Plasmodium der Myxomyceten aufgenommen sind, roth, wobei sie direkt im Protoplasma oder in einer wechselnd großen mit sich ebenfalls röthender Flüssigkeit gefüllten Vacuole liegen. Zur Zeit der Sporenbildung stößt der Schleimpilz nicht nur die Fremdkörper aus (wie schon bekannt), sondern hört auch mit der Produktion des Verdauungssaftes auf. Entsprechende Verdauungsvorgänge finden sich (wenn auch nicht durchgehends) auch bei anderen niederen Organismen. Über die Verdauung bei den Phagocyten theilt M. zunächst nur mit, dass die mononucleären Leukocyten bei Triton taeniatus ebenfalls eine lokalisirte Säurebildung innerhalb ihres Protoplasmas zeigen, auch erinnert er an die Beobachtung von Roustizky, dass die Osteoklasten sauer reagiren.

H. Neumann (Berlin).

---

5. P. Grawitz. Beitrag zur Theorie der Eiterung.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 116.)

G. wendet sich in seiner Abhandlung zunächst gegen die Einwände, welche gegen seine Angaben über die Genese der Peritonitis von Pawlowski erhoben wurden. Wenn dieser durch Injektion von geringen Mengen einer Reinkultur von Staphylococcus in das Peritoneum eitrige Peritonitis erhalten habe, so liege das daran, dass er die Laparotomie, nicht die Injektion mit der Pravaz'schen Spritze benutzt habe. Pawlowski habe eine Wunde in der Peritonealhöhle erzeugt und dadurch gerade diejenigen Bedingungen geschaffen, welche G. in seiner Abhandlung für das Entstehen einer Peritonitis gefordert habe. Diese fehlen aber in der intakten Bauchhöhle. Neuere experimentelle Untersuchungen von Dr. Bartscher bezüglich der eitrigen Peritonitis und von Dr. Kracht bezüglich der eitrigen Pleuritis, welche in dem Laboratorium von G. angestellt wurden, haben das übereinstimmende Resultat ergeben, dass bei den Versuchsthieren keine einzige der beim Menschen gewöhnlich im Eiter angetroffenen Kokkenarten als specifischer Entzündungserreger aufzufassen ist — dass die bloße Anwesenheit selbst massenhafter Kokken ohne Beihilfe von Ptomainen oder anderen dem Organismus nachtheiligen Chemikalien niemals zur Eitererregung ausgereicht hat. Gegenüber den Einwänden, die gegen seine und de Bary's Arbeit betreffs der Eiterung durch bakterienreine chemische Reizung von Christmas, Nathan u. A. erhoben worden sind, hat G. Versuche angestellt, welche ergaben, dass das dem Terpentineiter anhaftende Öl nicht die geringste Hemmung auf das Wachsthum von wirklich im Eiter vorhandenen Eiterkokken ausübt, ferner, dass der bei Hunden durch Terpentininjektion entstandene Eiter sich auch bei Anwendung des Plattenverfahrens als frei von eitererregenden Mikroorganismen erwiesen hat. (Nathan hatte behauptet, dass die Mikroorganismen nicht in Stich-, wohl aber in Plattenkulturen wüchsen.) Die zum

Theil negativen Erfolge Nathan's bei Terpentininjektionen beruhen darauf, dass derselbe immer nur die Minimaldose, 0,6 ccm, anwandte.

Der Verf. hält auf Grund der neuen und seiner älteren Experimente seine Angaben bezüglich der Genese der Eiterung in allen Punkten aufrecht.

In Bezug auf das Verhalten des keimfreien Eiters zu den Eiterkokken konnte der Verf. die interessante Thatsache konstatiren, dass keimfreier Hundeeiter, wenn er der Nährgelatine in nur geringer Menge zugesetzt wird, wachsthumshemmend auf die Eiterkokken wirkt und dass reiner keimfreier Eiter die Organismen in kurzer Zeit tödtet. Er erklärt das nicht aus dem Vorhandensein von Ptomainen, sondern aus dem Eiweißgehalt, welcher erheblich die maximale Menge, welche diese Bakterien assimiliren können, übersteigt. Bei Übersättigung der Nährgelatine mit Hühnereiweiß oder mit Pepton wird gleichfalls die Entwicklung der Eiterkokken verhindert. Übrigens will der Verf. das Absterben der Eiterkokken in Abscessen nicht bloß durch die schädigende Wirkung des Eiters erklärt wissen, sondern glaubt, dass bei diesem Process die Metschnikoff'sche Phagocytose eine wesentliche Rolle spiele. Zum Schluss vertheidigt er entschieden die Virchow'sche Lehre, wonach die Eiterkörperchen nicht bloß Leukocyten, sondern zum großen Theil Abkömmlinge fixer Gewebszellen sind.

F. Neelsen (Dresden).

---

6. **Alapy** (Budapest). Über das Verhalten der Wundinfektionserreger im Darme. (Aus dem Laboratorium von Prof. Weichselbaum.)

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 1—3.)

Die Frage, ob die Wundinfektionserreger den Magen unter verschiedenen Umständen lebend passiren können, veranlasste A., mit dem Streptococcus pyogen., dem Erysipelcoccus und dem Staphylococcus pyogen. aureus am Kaninchen Versuche anzustellen. Es ergab sich, dass Magen und Darm eines gesunden Individuums lebensfähige Wundinfektionserreger aller Wahrscheinlichkeit nach nicht beherbergt, dass auch bei Einführung solcher in den Magen bei normaler Reaktion des Magensaftes die Mikroorganismen nicht mehr lebensfähig in den Darm gelangen. Dagegen genügt schon eine Verminderung des normalen Säuregehaltes des Magens, um den hineingelangten Wundinfektionserregern das Passiren des Magens in lebensfähigem Zustande zu ermöglichen. Ist nun vollends der Mageninhalt alkalisch geworden, so gelangen die in den Magen gebrachten pyogenen Organismen vollständig lebensfähig in alle Partien des Darmkanals.

Für die Praxis folgert A. aus seinen Untersuchungen, dass Erguss von Darminhalt an sich den Eintritt einer tödlichen Peritonitis durchaus nicht nöthig macht, sondern dass erst durch Resorption septischer Stoffe der letale Ausgang herbeigeführt wird. Desshalb fordert er

für alle Fälle penetrirender Bauchwunden die Vornahme der explorativen Laparotomie möglichst bald nach erfolgter Verletzung; er schließt aber ausdrücklich die Fälle von Perforation des Darmes in Folge von Geschwüren aus, da Nothnagel bereits nachgewiesen hat, dass bei solchen Processen sich meist eitriger Inhalt aus dem Darm in die Bauchhöhle ergießt. **M. Cohn** (Berlin).

---

7. H. Kriege. Über hyaline Veränderungen der Haut durch Erfrierungen.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 64.)

Verf. hat unter verschiedenster Variation der Versuche die histologischen Veränderungen an dem dem Ätherspray ausgesetzten Kaninchenohr untersucht. Die erste Veränderung, die er fand, war die einer feinkörnigen Thrombose kleiner Gefäße, die er identificirt mit den von Eberth und Schimmelbusch beschriebenen Blutplättchenthromben. In späteren Stadien treten neben diesen noch weiße und »hyaline« Thromben auf. In weiterer Folge tritt dann ein von dem Verschluss der Arterien abhängiger Gewebstod auf, der sich zuerst an den Gefäßen selbst, später auch an den umgebenden Geweben bemerkbar macht. Hierbei finden sich zahlreiche hyaline Veränderungen. Verf. giebt zu, dass diese häufig nicht scharf von Fibrin zu trennen sind, in vielen Fällen aber sicher mit Fibrin nichts zu thun haben. Die Bemerkungen des Verf. mehr gegen den Namen als gegen das Wesen der »Coagulationsnekrose« erscheinen vielfach als recht zutreffend und werden auf die Lehre der nekrobiotischen Processe nicht ohne Einfluss bleiben. Die Beziehungen der vorliegenden Versuchsreihe zur menschlichen Pathologie hebt Verf. zum Schluss noch besonders hervor.

Hansemann (Berlin).

---

8. G. Muzzi. Determinazione dei grassi delle fecce. (Clinic. med. del Prof. E. de Renzi.)

(Rivista clin. e terap. 1888. November.)

Unter normalen Bedingungen enthält der Koth etwa 9—10% Fett. Unter pathologischen Verhältnissen erfährt dieser mittlere Werth außerordentliche Veränderungen, wie das Ergebnis von 52 sehr genauen Untersuchungen ergiebt:

1) Die Krankheiten, in welchen der Fettgehalt des Kothes am höchsten steigt, sind die der Leber, welche mit Cholämie und intestinaler Acholie einhergehen. Die Lebererkrankungen, bei welchen die Galle mehr oder weniger reichlich in den Darm abfließt, wie bei der gewöhnlichen Lebercirrhose, sind von keiner auffallenden Änderung im procentischen Fettgehalt des Kothes begleitet. In einem Falle von hypertrophischer Lebercirrhose mit Ikterus erreichte der Procentgehalt den unerhörten Werth von 52,592%. In einem Falle von Icterus catarrhalis enthielt der Koth 29,74%; nach Heilung der Krankheit und Rückgang des Ikterus war 12,204% Fett.

2) Akute Darmerkrankungen führen zu einer beträchtlichen Vermehrung des Kothfettes. Es ergab sich bei zwei diesbezüglichen Individuen in 5 Einzeluntersuchungen der mittlere Gehalt von 25,388 %. Chronische Darmleiden zeigen dagegen eine sehr geringe Vermehrung des Fettabganges. Bei 3 Kranken war das Mittel aus 4 Einzelanalysen 10,613 %. Bei 5 Individuen mit normaler Magendarmverdauung betrug die Ziffer 9,486 %. Mit Rückbildung der akuten Darmleiden sinkt der Fettverlust im Koth; so sank er in einem Falle von Typhlitis und Perityphlitis von 31,358 % (Mittel aus 2 Analysen) auf 10,408 % nach der Heilung.

3) Krankheiten des Peritoneum können gemäß zwei Beobachtungen (chronische und subakute Peritonitis) zu hochgesteigertem Fettverlust im Koth führen; 23,412 %.

4) Arzneimittel, welche bei innerlicher Darreichung die Reaktion des Darminhaltes verändern, vermögen den Fettgehalt des Kothes beträchtlich zu vermindern; so sank dieser nach Eingabe von 15 g Natr. bicarbon. bei einem Manne mit Lebercirrhose um 11,072 % im Mittel; nach Eingabe von 12 g Acid. tartaric. bei 2 Individuen mit demselben Leiden um 8,97 % im Mittel. Naphthalin (2 g) hingegen führte in einem Versuche bei Ileotyphus eine Zunahme des Kothfettes um 5,324 % herbei.

5) Die Einführung der Milchdiät an Stelle der gewöhnlichen Nahrung und umgekehrt hat keine auffallenden Veränderungen im Fettgehalt des Kothes zur Folge. Mit der Darreichung von 90 g Äther stieg bei 3 Individuen der letztere; und zwar in dem Falle von Typhlitis um 20,184 %; bei den beiden anderen Kranken (Ikterus, Emphysema pulmonum) um 2,792 %, bezüglich 3,076 %.

G. Sticker (Köln).

---

9. E. Pins (Wien). Ein neues Symptom der Pericarditis.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 6 u. 7.)

P. hat mehrmals nach mehrtägigem Bestehen von Pericarditiden durch 3—6 Tage beobachtet, dass durch ausgiebige Lageveränderung (nach vorn Beugen, linke Seitenlagerung, Knie-Ellbogenlage) das bei massigen Exsudaten vorkommende und bekannte Symptom — Dämpfung, Bronchophonie, bronchiales Athmen, verstärkter Fremitus links hinten unten — sich rasch ändert: Die Dämpfung werde kleiner, anstatt der absoluten Dämpfung finde man tympanitischen Schall, anstatt des ganz oder theilweise geschwundenen bronchialen Athmens unbestimmtes Athmen, resp. »Zellknistern« oder »Knacksen«, dann nach einigen weiteren Athemzügen vesikuläres Athmen, alles dies in Folge der Entlastung des linken unteren Lungenlappens vom Drucke des Herzens und der pericardialen Flüssigkeit.

(Dass es sich in P.'s Fällen — Sektionsbefunde fehlen ihm — nicht um komplicirende bewegliche pleuritische Exsudate gehandelt hat, scheint nicht so sicher als P. annimmt. Ref.)

K. Bettelheim (Wien).

---

10. Nothnagel. Zur Diagnose der Vierhügeltumoren.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 3. p. 35 ff.)

Von einer klinischen Beobachtung ausgehend, entwickelt N. die Momente, welche zu Lebzeiten des Pat. die Diagnose der Vierhügeltumoren erlauben.

Der Fall, um den es sich hierbei handelt, betrifft kurz geschildert einen 15jährigen Knaben, welcher 3 Jahre früher von einem Baume gefallen war, dabei zuerst auf die Füße zu stehen kam, erst dann mit dem Kopfe aufschlug und bewusstlos liegen blieb. Der Knabe erholte sich bald. Erst nach einiger Zeit traten Veränderungen auf: der Knabe ging unsicher, im Zickzack, schwankte und fiel häufig zu Boden. Später traten Übelkeit, Erbrechen, Krämpfe und Schmerzen ein. Als der Knabe in die N.'sche Klinik kam, ließ sich eine Stauungspapille konstatiren, die zur Sehnervenatrophie führte; der Knabe schien etwas benommen. Objektiv fanden sich für die Diagnose verwendbar zwei Symptome: eine ausgeprägt cerebrale Ataxie, und zweitens Starrheit der Bulbi, welche nicht vollständig, aber sehr stark in ihrer Beweglichkeit gehemmt waren, besonders nach oben und links; die Vertheilung dieser Störung war nicht gleichmäßig auf beiden Seiten, das linke Auge war fast unbeweglich; es bestand also Paresis in den verschiedenen Zweigen des Oculomotorius und Abducens, in einigen Ästen sogar Paralysis. Die Pupillen reagirten stets, aber träge. Die auf Tumor in den Vierhügeln mit sekundärem Hydrocephalus gestellte Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt; es fand sich ein papillärer, epithelialer Tumor, der vom Plexus chorioideus ausgegangen war. N. hatte diese Diagnose gestellt, gestützt auf seine reiche Erfahrung auf diesem Gebiete; hat er doch außer diesem Falle schon 4 Fälle von Vierhügeltumoren beobachtet und hierbei überraschend häufig die Diagnose am Lebenden stellen können, die durch die Sektion ihre Bestätigung fand.

Ref. hat noch vor Kurzem in d. Centralbl. über einen Fall aus der N.'schen Beobachtung berichtet, der durch das besondere Phänomen ausgezeichnet war, dass Liquor cerebrospinalis aus der Nase floss. Im Anschluss an diese Beobachtung erörtert N. die Frage, ob die Diagnose der Tumoren in der Vierhügelgegend möglich und wie sie zu stellen ist. Andere Krankheitsprocesse, wie Blutungen und Erweichungen kommen zwar auch dort vor, aber sie sind so selten und wohl stets mit anderen Läsionen vereint, dass ihre Diagnose kaum möglich ist. Für die Diagnose auf Tumor ist das Hauptgewicht auf die frühzeitig auftretende cerebrale Ataxie zu legen. In N.'s eigenen Beobachtungen war dieses Symptom deutlich ausgeprägt, es war stets das erste Symptom. Dazu kommt ein zweites Sympton von entscheidender Bedeutung: die Lähmung der Augennerven. Weniger wichtig ist die Störung des Sehvermögens, sie ist eine sekundäre Erscheinung, welche als die Folge des gesteigerten intrakraniellen Druckes zu Stande kommt. N. beobachtete dreimal die Augennervenlähmung; der Bulbus war mehr oder weniger unbeweglich, die Vertheilung der Störung keine gleichmäßige, indem ein Auge mehr ergiffen war als das andere, ein Oculomotoriusast mehr als der andere; auch der Trochlearis und Abducens waren afficirt. Andere charakteristische Symptome sind noch nicht bekannt, aber wie N. zeigt, giebt die Kombination von cerebraler Ataxie und gleichzeitiger Lähmung der Augenmuskeln auf beiden Seiten die Berechtigung der Diagnose auf Lokalisation eines Tumors in den

Vierhügeln. Selbstverständlich können noch die Symptome des Hydrocephalus, Folgen der Drucksteigerung, wie eklamptische und epileptische Anfälle, Sehnervenatrophie etc. hinzutreten.

Prior (Bonn).

---

11. M. J. Déjerine. Étude clinique et anatomo-pathologique sur l'atrophie musculaire des ataxiques. (Névrite motrice périphérique des ataxiques.)

(Revue de méd. 1889. No. 2—4. Februar 10.)

Die vorliegende Arbeit, die mit einer kritischen Übersicht über die gesammte einschlägige Litteratur eingeleitet wird, stützt sich auf 19 klinische Fälle — darunter 9 mit Sektions- und histologischem Befund —, die D. innerhalb der letzten 2 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte. Das Ergebnis der Untersuchungen ist folgendes:

Die Muskelatrophie, die so häufig im Verlaufe der Tabes auftritt, ist keine selbständige Erkrankung, sondern ein wichtiger Faktor des gesammten Symptomenkomplexes. Ihr Auftreten ist gewöhnlich an ein vorgeschritteneres Stadium der Tabes gebunden. Von der Erkrankung werden in der Regel symmetrische Körpertheile befallen, jedoch fast ausschließlich die Muskeln der Extremitäten, und zwar hauptsächlich die der Hände und noch häufiger die der Füße. Die Entwicklung der Krankheit ist eine sehr langsame. In den unteren Extremitäten zeigt sich die Atrophie unter dem Bilde des Pes equinus, verbunden mit Plantarflexion der Zehen speciell der großen Zehe, während sie an den oberen Extremitäten der Duchenne-Aran'schen Form, sehr selten dem scapulo-humeralen oder dem Vorderarmtypus gleicht. Eben so wie der Duchenne-Aran'sche Typus, hängt die Deformation des Fußes und der Zehen Anfangs nur von der Muskelatrophie ab. Später gesellen sich dazu noch andere Ursachen, wie die Verkürzungen der Sehnen und Muskeln, aus denen die fehlerhaften Fußstellungen resultiren. Fibrilläre Zuckungen werden nicht beobachtet. Die aktive Muskelkontraktion ist geschwächt oder aufgehoben. Die elektrische Erregbarkeit ist für beide Stromesarten herabgesetzt; Entartungsreaktion ist selten.

Diese Muskelatrophie ist bedingt durch Veränderungen der motorischen Nerven, die das typische Bild der Neuritis darbieten. Letztere Erkrankung ist eine rein periphere; sie nimmt von der Peripherie nach dem Centrum progressiv ab. In einigen Ausnahmefällen waren auch die vorderen Wurzeln, jedoch nur der Cervicalregion, in geringer Weise afficirt. Die Ganglienzellen und die graue Substanz der Vorderhörner waren stets intakt.

Dieses Ausstrahlen von der Peripherie nach dem Centrum hat die Neuritis mit dem Symptomenbilde der tabischen Muskelatrophie gemeinsam. Die Pathogenese der peripherischen Neuritis ist vorläufig nicht zu erklären, eben so wenig wie es bisher in Bezug auf die

noch viel häufiger bei Tabes vorkommende Neuritis der sensiblen Nerven gelungen ist.

In Bezug auf zahlreiche Einzelheiten, so wie auf die ausführlichen Krankengeschichten, die noch durch eine Anzahl Abbildungen veranschaulicht werden, muss bei dem großen Umfange der Arbeit auf das eben so interessante wie lehrreiche Original verwiesen werden.

A. Neisser (Berlin).

---

12. **A. Caspari** (Moskau). Die Spondylarthritis synovialis.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 13.)

Verf. schildert eine bisher nur von Hueter erwähnte Affektion, die Synovitis der Gelenke der Process. obliqui der Wirbelsäule (Synovitis vertebralis). Sie kommt bei Kindern und Erwachsenen ziemlich häufig vor, an allen Abschnitten der Wirbelsäule, besonders aber an dem Cervikaltheile, dann an den Lendenwirbeln, mitunter an den Gelenkfortsätzen der ganzen Wirbelsäule. An dem Brusttheil hat Verf. die Affektion bis jetzt nur einseitig beobachtet, an den Hals- und Lendenwirbeln kommt sie aber recht häufig doppelseitig vor. Klinisch äußert sich die unkomplicirte Synov. vertebral. durch schmerzhafte Steifigkeit, durch ausgesprochene Druckempfindlichkeit der betreffenden Fortsätze neben Schmerzlosigkeit der übrigen Wirbeltheile, durch Spannung der entsprechenden Nacken- oder Lendenmuskeln mit oder ohne Schiefhaltung. Nach abgelaufenem akuten Stadium (3—8 Tage) ist meist nur noch Druckschmerz nachzuweisen, der viele Wochen, ja Monate persistiren kann. In seltenen Fällen kommt leichtes Fieber — 39° — vor. Die wichtigste und beinahe gewöhnliche Komplikation ist eine je nach der Lage des Krankheitsprocesses verschieden lokalisirte Neuritis mit descendirendem Charakter. Die Ursache der Spondylarthritis synov. ist Erkältung. Die Behandlung derselben und der consecutiven Neuritis geschieht durch subkutane Karbolinjektionen (5—10 Spritzen einer 2%igen Karbollösung täglich applicirt).

J. Ruhemann (Berlin).

---

13. **Schetelig** (Homburg u. Nervi). Über eine neue Methode der Kreosotbehandlung.

(Deutsche Medicinalzeitung 1889. Februar 25. p. 185.)

S. hat, ausgehend von der Ansicht, dass, um im menschlichen Körper direkt antibacilläre Wirkungen zu erzielen, möglichst große Quantitäten Kreosot einverleibt werden müssten, die subkutane Injektion des Mittels versucht. Er injicirt von 20—30%igen Lösungen des Mittels in reinem Mandelöl unter gleichzeitiger leichter Massage (anscheinend täglich) 4 bis selbst 12 g in den Oberschenkel oder die Bauchhaut, »ohne dass bei gewöhnlichen Pat. irgend welche üble Folgen in loco sich mit den größeren Gaben vergesellschafteten« (12 g 20%iger Lösung = 2,4 g Kreosot, 12 g 30%iger Lösung = 3,6 g Kreosot). Die Versuche datiren freilich erst seit 4 Monaten

und beziehen sich nur auf 14 Fälle. Bis jetzt konnte S. nur konstatiren: 1) die Unschädlichkeit der Injektion großer Dosen; Dosen von 1,0—1,5 hat er selbst monatelang täglich injicirt; 2) eine ausgesprochene antipyretische Wirkung der Injektion bei fiebernden Phthisikern, dergestalt, dass je nach der geringeren oder größeren Höhe des Fiebers die Temperatur um 1,0—2,5° C. herabgesetzt wurde. Fast stets trat 1/4—1 Stunde nach der Injektion Kreosotgeschmack im Munde auf. Versuche mit der subkutanen Darreichung von Guajacol, von dem er annimmt, dass es wegen seiner Reinheit ganz ohne Verdünnung einzuspritzen sei, hat Verf. in Aussicht genommen.

Weitere Mittheilungen sind wohl erst abzuwarten. Ref.

A. Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

14. Widemann (Stuttgart). Beitrag zur Ätiologie des Wundstarrkrampfes.

(Zeitschrift f. Hygiene Bd. V. Hft. 3.)

Ein 8jähriger Knabe fällt von einer Mauer herab gegen einen in der Erde steckenden Weinbergpfahl und zieht sich dadurch eine kleine Wunde im Gesicht zu, die Anfangs nicht beachtet wurde, nach 2 Tagen zu eitern begann und eine starke ödematöse Schwellung des Gesichts verursachte; später konnte aus der Wunde ein größerer Holzsplitter extrahirt werden, die Schwellung des Gesichts ließ nach, doch stellte sich nach ca. 8 Tagen Trismus und Tetanus ein, der alsbald zum Tode führte. Ein kleines Partikelchen des aus der Wunde extrahirten Holzstückchens rief bei Mäusen rasch tödlichen Tetanus hervor und es konnte derselbe Splitter 7mal nach einander, ohne dass ihm sichtbare Eitermengen anhafteten, von einer Maus auf die andere mit stets gleichem Erfolg übertragen werden; alle Thiere starben an typischem Impftetanus; auch der Eiter, der sich an der Impfstelle gebildet hatte, bewirkte prompt Tetanus. Im Wundeiter der inficirten Thiere fanden sich Kokken und kurze Bacillen, niemals Tetanusbacillen. Auch Verimpfung der Erde bewirkte zuweilen Tetanus und in diesem Eiter fanden sich dann auch die sog. Tetanusbacillen, die demnach in der Erde vielfach verbreitet zu sein scheinen, ohne dass sie auch wirklich die ausschließlichen Erreger des Tetanus sein müssen. Im obigen Falle scheinen wenigstens andere Mikroben den Tetanus verursacht zu haben.

Zu dieser Mittheilung bemerkte Flügge, dass er eine Erde beobachtet habe, die stets Tetanus verursachte, ohne dass im Wundeiter die köpfchentragenden Bacillen aufgetreten wären und andererseits will Wyssokowitsch eine Erde beobachtet haben, die nie Tetanus, sondern stets nur Eiterung veranlasste und trotzdem fanden sich in diesem Eiter die Tetanusbacillen. Flügge hält desshalb die Bedeutung der sog. Tetanusbacillen für noch nicht bewiesen und zweifelhaft.

(Ref. hatte in der jüngsten Zeit Gelegenheit, einen Fall von Tetanus traumaticus beim Menschen, ausgehend von erfrorenen Füßen, zu untersuchen und fand im Eiter neben anderen Mikroorganismen auch die Tetanusbacillen und konnte mit denselben bei weißen Mäusen typischen Impftetanus erzeugen.)

Goldschmidt (Nürnberg).

15. Flammarion (Nogent). Sur un cas de tétanos traité avec succès par l'acétanilide.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Februar 28.)

F. berichtet über einen Fall von Tetanus, der 12 Tage nach einer Quetschung der Hand entstanden, mehr als 4 Wochen lang mit Chloral und Morphiuminjek-

tionen erfolglos behandelt worden war. Als dann Acetanilid in 4stündigen Dosen von 0,2 verabreicht wurde, trat bald große Erleichterung ein und konnte Pat. nach weiteren 5 Tagen konsequenten Gebrauches dieses Medikamentes als geheilt betrachtet werden.

In den ersten Tagen waren freilich noch nebenbei Morphiuminjektionen gebraucht. **Seifert** (Würzburg).

16. B. H. Stephan. Des paralysies pneumoniques.

(Revue de méd. 1889. No. 1. Januar 10.)

Im Verlaufe einer schweren Pneumonieepidemie beobachtete S. 2 Fälle, die durch die Komplikation mit einer schweren Gehirnaffektion von besonderem Interesse waren.

1. Fall. 43jähriger Mann verlor plötzlich Abends das Bewusstsein unter Konvulsionen des Gesichts und der rechtsseitigen Extremitäten; blutiger Schaum vor dem Munde; Sprachverlust. Am folgenden Tage schwanden die Konvulsionen, dagegen ergab sich eine Parese der rechten Extremitäten nebst Aphasie; Ödem des rechten Handrückens. Bewusstsein kehrte Abends zurück. Reflexe, Pupillenreaktion normal. Fieber. Doppelseitige Pneumonie. Nachts Delirien. Bewusstseinsstörungen traten am folgenden Tage nur vorübergehend auf. Erhebliche Besserung der Sprache. In den folgenden Nächten hohes Fieber mit starken Delirien; am 4. Krankheitstage war die Sprache wieder normal; die motorischen und vasomotorischen Störungen des rechten Armes verschwanden, während die Parese des Beines erst nach ca. 3 Monaten ganz gehoben war.

2. Fall. 2jähriges Kind erkrankte an schwerer Meningitis und Pneumonie. Komplete Lähmung der Extremitäten; rechtsseitige Ptosis und Mydriasis; Tod nach 14 Tagen.

Des Weiteren giebt Verf. einen Überblick über fast die gesammte einschlägige Litteratur und unterwirft die zahlreichen darüber aufgestellten Hypothesen einer Kritik. Hier sei nur erwähnt, das derartige Lähmungserscheinungen theils gleich im Beginn, theils im Verlauf, oder auch nach Ablauf einer Pneumonie auftreten können. Sie können die Folge einer Meningitis sein, die durch Einwanderung der Pneumokokken in die Hirnhäute entstanden sein kann; in anderen Fällen jedoch fehlt jede Spur eines derartigen Krankheitserregers und jeder Nachweis irgend einer materiellen Läsion. Bei letzterer Kategorie von Fällen nimmt S. an, dass die Infektion der Lungen, entweder direkt oder indirekt durch die Vermittelung der cerebro-spinalen Gefäßbahn, dyskrasische, dynamische und funktionelle Störungen der Nervencentren oder der Nerven selbst bedingt hat, die dann jene paretischen Symptome hervorrufen. **A. Neisser** (Berlin).

17. Netter. Transmission de la pneumonie et de l'infection pneumonique de la mère au fœtus.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. März 9.)

Eine Frau, VIpara im 8. Monat der Schwangerschaft, wird mit Pneumonia croup. des rechten Oberlappens aufgenommen. Krise am 7. Tage. Am 9. Geburt eines lebenden Kindes, das nach 5 Tagen stirbt. Bei Autopsie wird lobäre Pneumonie des rechten Oberlappens, doppelseitige fibrinöse Pleuritis, Pericarditis, eitrige Meningitis und doppelseitige Otitis gefunden. Die bakteriologische Untersuchung dieser verschiedenen Exsudate, eben so wie des Blutes des linken Ventrikels, ergiebt charakteristische Kulturen und Präparate des Fraenkel'schen Diplococcus pneum. Obschon in der Placenta und ihren Gefäßen keine Kokken sich vorfanden, so ist N. doch der Ansicht, dass die Infektion des Kindes durch den Placentarkreislauf stattgefunden habe. Bei Thieren ist ein Übergang der Pneumoniekokken von Mutter auf Fötus schon wiederholt beobachtet worden, und wenn beim Menschen nur ganz wenige solcher Fälle bekannt sind, so liegt dies daran, dass immer nur das Auftreten richtiger lobärer Pneumonien als beweiskräftig angesehen wurde. Hierzu gehört aber eine lokale Ursache, das Kind muss mindestens geathmet haben. Kommt das Kind todt zur Welt, so findet man keine Pneumonie vielleicht, wohl

aber die Kokken in den anderen Organen und besonders im Blute, wie dies in den zwei Beobachtungen von Foà und Uffreduzzi der Fall war.

E. Levy (Straßburg i/E.).

18. A. Monti. Contributo allo studio della meningite cerebro-spinale.

(Riforma med. 1889. No. 58 u. 59.)

In allen Fällen von Cerebrospinalmeningitis, welche M. in Pavia untersucht hat, fand er den Mikroorganismus capsulatus lanceolatus von Foà und Bordoni-Uffreduzzi, der wesenseins mit dem Diplococcus A. Fraenkel's und Weichselbaum's ist. Neben demselben trat häufig der Staphylococcus pyogenes aureus auf. Experimente an Hunden zeigten, dass es sich hierbei um eine Sekundärinfektion handelt, in so fern der Eitercoccus erst hinzutritt, nachdem der meningitische Process bereits im Gange ist. Vielleicht nimmt der Eitercoccus seinen Weg durch die Lunge, in deren Entzündungsherden er, wie M. nachgewiesen hat, sehr häufig dem Pneumococcus zugesellt ist. **G. Sticker** (Köln).

19. Kahler. Zur Symptomatologie des multiplen Myeloms. Beobachtung von Albumosurie.

(Prager med. Wochenschrift 1889. No. 4 u. 5.)

Ein 46jähriger Mann erkrankte plötzlich unter heftigen Brustschmerzen, die einige Tage lang andauerten, dann wieder verschwanden und erst nach einer Reihe von Monaten wiederkehrten, diesmal jedoch genau auf eine auch bei Druck sehr empfindliche Stelle der rechtsseitigen 3. Rippe lokalisirt waren; nach Ablauf einiger Wochen abermals eine Pause von beiläufig 4 Monaten, worauf erneute Schmerzen an verschiedenen Körperstellen — Rumpf, Oberarm und Lendengegend —, bei körperlicher Anstrengung sich steigernd, eintraten. Von da ab wechselten Besserung und Verschlimmerung der Schmerzen in kurzen Intervallen, es gesellten sich ferner Schmerz- und Druckempfindlichkeit einzelner Dornfortsätze, neuralgische Zustände im Verlaufe der Ischiadici hinzu. Nach $1^1/_2$ Jahren kommt es nach einer leichten Kontusion zu heftigen Schmerzen an einer Stelle der linken 5. Rippe, woselbst gleichzeitig eine leichte Erhebung sich konstatiren lässt; derartige Erscheinungen treten an verschiedenen Rippen ab und zu bis zum Lebensende des Kranken auf. Später werden auch die rechte Clavicula, einzelne Phalangen, die Patellae, die Cristae oss. ilei zum Sitze heftiger Schmerzen, Occipitalschmerz, Nackensteifigkeit, viscerale Neuralgien, Parästhesien der unteren Extremitäten, Beklemmungen, Brechneigung, Krampfhusten, Schlaflosigkeit treten hinzu; endlich kommt es zu Spontanfrakturen der Rippen, rasch zunehmender kyphotischer Krümmung der Wirbelsäule, Anschwellung der Leistendrüsen, hochgradiger Abmagerung; Tod nach 8jähriger Krankheitsdauer.

Bemerkenswerth erscheint, dass an den Extremitätenknochen nie etwas Abnormes nachzuweisen war. Die Obduktion durfte sich bloß auf die Eröffnung der Brusthöhle erstrecken. Man fand außer der erwähnten Difformität der Wirbelsäule eine auffallende Fragilität einzelner Rippen und Wirbelkörper; an herausgenommenen Rippenstückchen ist die Rindensubstanz zum Theil von einer weichen grauröthlichen, einer Aftermasse gleichenden Substanz ersetzt; die mikroskopische Untersuchung ergiebt hochgradige Osteoporose mit Bildung zahlreicher Howship'scher Lakunen, bedingt durch multiple Wucherung eines vorzugsweise aus größeren Rundzellen bestehenden Gewebes (Rundzellensarkom, sog. Myelom).

Die nähere Betrachtung der Symptome dieses Falles, so wie die Berücksichtigung der allerdings nur spärlichen klinischen Daten der von Zahn publicirten Fälle von multiplem Myelom veranlassen K. zu dem Versuche einer Differentialdiagnose zwischen dieser Erkrankung und der ähnlich verlaufenden Osteomalacie aufzustellen. Als hauptsächlichste, die Diagnose »multiples Myelom« nahelegende Momente möchte Verf. nennen: die eigenthümlichen, mit Knochenanschwellung einhergehenden Schmerzen, das Beschränktbleiben der Knochendeformitäten auf das Rumpfskelett oder selbst auf einzelne Theile desselben, das Fehlen jeder er-

höhten Biegsamkeit der Knochen, endlich das gelegentliche Auftreten von Lymphdrüsentumoren und von Milzschwellung.

Zum Schlusse berichtet Verf. über die bei seinem Kranken seit dem zweiten Jahre der Erkrankung bis kurz vor dem Lebensende beobachtete Albumosurie, ein Symptom, welches bekanntlich nicht selten und zwar bei den verschiedensten Krankheitsprocessen beobachtet worden ist; nur in 3 Fällen, nämlich in dem von Bence-Jones, von Kühne und dem vom Verf. mitgetheilten Falle wurden reichlichere Mengen von Albumose nachgewiesen. Eine Durchsicht der Krankengeschichten der von den beiden erstgenannten Autoren publicirten als Osteomalacie aufgefassten Fälle, lässt nach Verf. jedoch begründete Zweifel an der Richtigkeit dieser letzteren Diagnose aufkommen, legt dagegen die Vermuthung nahe, dass hier gleichfalls eine Geschwulsterkrankung des Knochensystems vorgelegen habe. Dagegen wurde, wie aus der Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur hervorgeht, in der Mehrzahl der Fälle von ausgesprochener Osteomalacie, Albumose im Harn mit Bestimmtheit vermisst. Verf. glaubt die Albumosurie als ein häufiger anzutreffendes Symptom des multiplen Myeloms bezeichnen zu dürfen.

E. Schütz (Prag).

20. Sesary. Die Behandlung der Diarrhoen bei Tuberculosis durch Milchsäure.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 1. p. 11.)

Die bekannte günstige Wirkung der Milchsäure auf tuberkulöse Ulcerationen veranlassten S. die Milchsäure bei Diarrhoen der Tuberkulösen zu versuchen. Bis jetzt ist über den Einfluss der Milchsäure auf Diarrhoen im Allgemeinen bekannt, dass diese Säure bei den Durchfällen der Säuglinge der Beachtung werth ist. In seinen Beobachtungen verabreichte S. täglich 4—8 g in einer Lösung von 120 an 9 Phthisiker; 8 von diesen Kranken konnten von ihren unstillbar scheinenden Durchfällen befreit werden.

Prior (Bonn).

21. Leyden. Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in den Luftwegen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 5.)

Mittheilung eines interessanten Falles, in welchem ein Stückchen Knochen (2 cm lang und 1 cm breit) $8^1/_2$ Monate lang in den Luftwegen verweilt hatte, ohne schwere Erscheinungen hervorzurufen. Die Hauptbeschwerden bestanden in Husten und Stechen im Halse und im Rücken, so wie Schmerzen unterhalb des Brustbeines. Die Untersuchung des Halses und des Kehlkopfes ergab nichts Auffälliges, die Sprache war klar, keine Spur von Heiserkeit. Schließlich wurde das Knochenstück in einem heftigen Hustenanfall ausgehustet. Weil keine Spur von Heiserkeit vorhanden war, wird das Knochenstück wohl nicht im Kehlkopf, vielmehr in der Schleimhaut der Trachea oberhalb der Bifurkation stecken geblieben sein. Für diese letztere Annahme sprechen die Schmerzen unterhalb des Brustbeines.

Seifert (Würzburg).

22. Salzer. Die Kartoffelkur behufs Entfernung verschluckter Fremdkörper auf natürlichem Wege.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 3. p. 40.)

Diese von englischen Taschendieben erfundene Methode, verschluckte Gegenstände per anum zu entfernen, wurde von Cameron in Glasgow in die Therapie eingeführt. S. lobt den Erfolg, den diese Behandlung verspricht, sehr und theilt mehrere Fälle kurz mit, darunter ein Knabe, welcher einen kleinen Gewichtstein verschluckt hatte; der Gewichtstein war durch die Bauchdecken palpabel; mehrere Tage lang nahm der Knabe nur Kartoffeln als ausschließliche Nahrung in der verschiedensten Form; am 5. Tage ging der Gewichtstein ohne Beschwerden ab. Unter den anderen Pat. wurde eine Frau von einem 5 cm langen und 3 cm breiten verschluckten Gebisse befreit.

Prior (Bonn).

23. Kaloff (St. Petersburg). **Über eine im Laboratorium acquirirte Milzbrandinfektion, nebst Bemerkungen über die Therapie des Milzbrandes. (Aus dem bakteriologischen Laboratorium des kgl. hygienischen Instituts in München.)**

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 2 u. 3.)

Verf. inficirte sich am 21. Oktober 1888 bei der Sektion eines an Milzbrand verstorbenen Kaninchens wahrscheinlich dadurch, dass er die einzelnen Organe mit den Händen aus der Leiche herausnahm und trotz sorgfältiger Desinfektion der Hände durch eine kleine unbemerkte Hauterosion inficirt wurde, oder aber, wie Emmerich geneigt ist anzunehmen, dadurch, dass er Tags zuvor bei der Impfung des Thieres durch einen zufälligen Einstich mit der Impfnadel in den Finger das Milzbrandvirus unter die Haut brachte. Am 23. Oktober entstand ein kleines Bläschen an der äußeren Seite des Daumens der linken Hand, das aber rasch wieder verschwand und an dessen Stelle ein dunkelrother Fleck entstand; nach weiteren 2 Tagen bildete sich daselbst eine empfindliche circumscripte Infiltration, die rasch zunahm und von hämorrhagischen Bläschen umsäumt wurde, in deren Inhalt zahlreiche Milzbrandbacillen nachgewiesen werden konnten. Sofortige Excision dieses Knötchens; nichtsdestoweniger am nächsten Tage Schwellung der Axillardrüsen, darauf Fieber, allgemeine Schwäche und Müdigkeit, Hitze und Durst und schließlich auch Diarrhoen. Die Haut der Achselhöhle und linken Brustseite war stark geschwollen, ödematös, an einzelnen Stellen hellroth bis bläulichroth gefärbt, in der Achselhöhle eine hühnereigroße geschwellte nicht schmerzhafte Drüse, so wie kleinere Drüsen am Rande des Pectoralis nachweisbar. Es wurde nunmehr mit der Excision alles Kranken nicht mehr gezögert, sämmtliche verdächtige Drüsen wurden entfernt, das Operationsfeld mit Karbolsäure gründlich desinficirt und auch in die Umgebung Karbolinjektionen gemacht. Darauf schwand das Fieber, das Allgemeinbefinden wurde sehr gut und die Heilung der Wunde ging prompt von statten.

Die Aussaat von Gewebspartikeln der erkrankten Drüsen in Bouillon und Gelatine hatte die Entwicklung von Milzbrandkolonien zur Folge. In Deckglaspräparaten von Drüsensaft waren Milzbrandbacillen nicht nachweisbar. Die Virulenz derselben schien bedeutend herabgesetzt und dürfte dies wohl auf die Einwirkung der Karbolsäure zurückzuführen sein, da bekanntlich die Milzbrandbacillen gegen diese sehr wenig widerstandsfähig sind. In therapeutischer Beziehung ist desshalb in allen derartigen Fällen die möglichst frühzeitige Excision der erkrankten Stellen und energische Karbolsäurebehandlung zu empfehlen.

Goldschmidt (Nürnberg).

24. Nothnagel. Ein Fall von Gehirntumor in der Vierhügelgegend und im Sehhügel.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 9. p. 131.)

Den 6. Fall von Vierhügeltumor theilt N. hier mit, welcher in gleich charakteristischer Weise die beiden Symptome der cerebralen Ataxie und der Augenmuskellähmung darbietet. Was aber diesen Pat. besonders interessant macht, ist das eigenthümliche Verhalten des linken Facialis; die linke Gesichtshälfte bleibt vollkommen unbeweglich bei emotioneller Innervation, während willkürlich alle Gesichtsmuskeln eben so gut sich links wie rechts bewegen. Abweichend von dem gewöhnlichen Bilde der Facialislähmung, welche in jeder Richtung eine totale ist, giebt es zwei Formen der Lähmung, von denen die eine sich dadurch auszeichnet, dass die kranke Gesichtshälfte bei willkürlicher Innervation vollkommen unbeweglich bleibt, während der Kranke auf der gelähmten Seite eben so vollkommen grimassirt, wie auf der gesunden Seite, wenn der Facialis in Folge von Affekten innervirt wird. Bei der anderen Gruppe, zu welcher der obige Fall gehört, ist das Bild umgekehrt: die Pat. bewegen willkürlich die Gesichtsmuskeln ganz prompt und gut, während die befallene Gesichtshälfte bei emotioneller Innervation vollkommen starr bleibt. In seiner »topischen Diagnostik

der Gehirnkrankheiten« hat N. schon vor 10 Jahren gezeigt, dass es sich in solchen Fällen von Facialislähmung um eine Mitbetheiligung des Thalamus opticus handelt, resp. der Stabkranzfaserung, welche vom Sehhügel zur Gehirnrinde zieht; dass in jenen Fällen, in welchen die betreffende Stabkranzfaserung, beziehentlich der Thalamus opticus und seine Verbindung mit der Hirnschenkelhaube unversehrt ist, auch die Bewegungen des Facialis bei mimischer Innervation erhalten bleiben, dass diese letztere hingegen unmöglich werden, sobald der Thalamus opticus lädirt oder seine Verbindungswege durch die Stabkranzfaserung zur Hirnrinde unterbrochen oder zerstört sind; die willkürliche Bewegung des Facialisgebietes kann in diesen letzteren Fällen vollkommen intakt sein. Diese Ansicht N.'s findet ihre Bestätigung in den Experimenten Bechterew's, aus denen analog erhellt, dass der Thalamus opticus bei der emotionellen Innervation des Facialis betheiligt ist, vielleicht auch bei der Bewegung der gesammten Muskulatur, in so weit dieselbe durch emotionelle Affekte hervorgerufen wird. Auf diesen Bahnen würden demnach die Leitung, bezw. Übertragung der unwillkürlichen, durch psychische Affekte hervorgerufenen Bewegungsimpulse erfolgen.

Bei dem Pat. N.'s besteht außerdem Parese und Sensibilitätsstörung der linksseitigen Extremitäten, welche von einer Läsion des Pedunculus oder der inneren Kapsel abhängt. Es würde demnach bei diesem Kranken sich um einen Tumor der Vierhügelgegend handeln, welcher bei seinem weiteren Wachsthum die Bahn der Pedunculi oder innere Kapsel rechterseits komprimirt und endlich auf den in unmittelbarer Nähe liegenden Thalamus opticus und in die Leitungsbahnen, welche von der Hirnrinde durch den Sehhügel zur Hirnschenkelhaube ziehen, übergegriffen hat. **Prior** (Bonn).

25. **Péan. Epilepsie partielle, déterminée par une tumeur cérébrale siégeant au niveau de la zone motrice, trépanation, ablation de la tumeur, disparition des accidents.**

(Bull. de l'acad. de méd. 1889. No. 7.)

Ein 28jähriger Mann erkrankte vor 6 Jahren an epileptiformen Anfällen, die Anfangs alle 8—10 Tage auftraten und mit Bromkali in Schranken gehalten werden konnten. Nach 6jährigem Bestehen häuften sich die Anfälle plötzlich in gefahrdrohender Weise und die Temperatur stieg auf 40°. Die Anfälle begannen mit schmerzhaftem Spasmus der rechten großen Zehe; darauf kam der Reihe nach Steifigkeit, tonische und klonische Konvulsionen des rechten Beines, schließlich auch des rechten Armes und der rechten Gesichtshälfte. Das Bewusstsein schwand nicht bei jedem Anfall und wenn es schwand, so geschah das erst spät. In den kurzen Intervallen bestand Parese des rechten Beines. Da es sich ohne Zweifel um eine Läsion des motorischen Centrums des rechten Beines handelte, beschloss man, über diesem zu trepaniren. In der That wurde über dem oberen Ende der linken aufsteigenden Frontal- und Parietalwindung ein von der Pia ausgehendes Fibrolipom gefunden und entfernt. Während in der Nacht vor der Operation 30 Anfälle gezählt worden waren, traten am Tage nach derselben nur 6 auf. Zur Zeit, d. h. $2^1/_2$ Monate nach der Operation, sind seit 2 Monaten gar keine Anfälle mehr erfolgt. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

26. **Troisier et Guinon. Deux nouveaux cas de myopathie progressive primitive chez le père et la fille.**

(Revue de méd. 1889. No. 1. Januar 10.)

Fall I. 48jähriger Mann. Hereditäre Momente unbekannt. Mit 14 Jahren syphilitisch. Von da ab Beginn der Erkrankung an den Schultern. 17 Jahre später Ergriffenwerden der unteren Extremitäten, dann der Oberarme. Gesichtsmuskulatur normal, doch fällt der Exophthalmus und die Dicke der Lippen auf. Am stärksten ist die Atrophie der Schulter und der Oberarmmuskeln, geringer die der unteren Extremitäten. Hände und Vorderarme normal. Keine fibrillären Zuckungen, keine Sensibilitätsstörungen. Kein mikroskopischer Muskelbefund. Tod durch interkurrente Krankheit. Keine Sektion.

Fall II. 18jähriges Mädchen; Mutter hat nie an ähnlicher Krankheit gelitten; 2 Geschwister gesund. Zeichen hereditärer Syphilis im Gesicht. Lernte erst mit 3 Jahren laufen. Beginn der Krankheit mit 11 Jahren am Halse. Mit 17 Jahren Typhus, danach wurden die Schultern und später die Arme ergriffen. Starke Atrophie der Muskulatur des Gesichts, der Schultern, der Oberarme und der Oberschenkel. Deformation (Lordose) der Halswirbelsäule. Hände und Vorderarme normal.

Die beiden Fälle sind zunächst dadurch von Interesse, dass sie einen neuen Beitrag für die Erblichkeit dieser Affektion bieten; sie sind aber ferner bemerkenswerth durch den verschiedenen Charakter der Affektion bei Vater und Tochter. Während ersterer die juvenile Erb'sche Form der progressiven Muskelatrophie darbot, bei der die Muskeln des Schultergürtels vor Allem befallen sind, zeigte sich bei der Tochter die hereditäre Duchenne'sche Form mit dem von Landouzy und Déjerine beschriebenen facio-scapulo-humeralen Typus. Der im ersten Fall beobachtete Exophthalmus und die Verdickung der Lippen erweckten freilich im ersten Moment den Verdacht, dass die Gesichtsmuskulatur an der Erkrankung betheiligt sei, doch überzeugten sich die Verff. von dem durchaus normalen Funktioniren der betr. Muskeln, speciell des eventuell einen Exophthalmus bedingenden M. orbicularis palpebr. Im Gegensatz hierzu traten im zweiten Falle gerade in Folge der Betheiligung dieser Muskulatur jene beiden Symptome, neben den sonstigen für eine vorgeschrittene Gesichtsatrophie typischen, in Erscheinung.

A. Neisser (Berlin).

27. **Blaschko.** Über Dermatitis herpetiformis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 6.)

B. beschreibt 2 Fälle des von Duhring Dermatitis herpetiformis genannten polymorphen, namentlich durch Bläschenbildung charakterisirten Exanthems, wobei im 1. Falle die Bläschen vorwiegend getrennt standen, während das typische Merkmal des 2. Falles gerade die herpesartig gruppirten Bläschen bildeten. B. glaubt, dass, wenn auch die Impetigo herpetiformis Hebra von der genannten Erkrankung als besondere wohlcharakterisirte Hautkrankheit getrennt werden muss, der Dermatitis herpetiformis gegenüber anderen Bläschenerkrankungen mit Recht eine gesonderte Stellung von Duhring angewiesen worden ist. Bezüglich der Ätiologie nimmt B. an, dass vorwiegend nervöse Einflüsse im Spiele sind. Therapeutisch hat sich in den B.'schen Fällen Arsen von Nutzen erwiesen.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

28. **E. Ries.** Die pathologische Anatomie der Psoriasis.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888.)

Das wesentlichste Ergebnis dieser Arbeit ist, dass der von Lang als Infektionsträger der Psoriasis beschriebene Pilz, das Epidermophyton, von R. auf Grund einer großen Anzahl sehr fleißiger Untersuchungen überhaupt nicht als Pilz, sondern als ein Kunstprodukt aufgefasst wird.

Joseph (Berlin).

29. **Baumgarten.** Einige Fälle von Störungen des Geruches und Geschmackes.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 9.)

B. theilt 2 Fälle von Hyperosmie mit, in welchen nach galvanokaustischer Behandlung einer Rhinitis hyperplastica die störenden Erscheinungen verschwanden.

Seifert (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. Sonnabend, den 17. August. 1889.

Eine Temperatursteigerung bis 44,9° C. mit Ausgang in Genesung.

Von

Carl Lorentzen.

Eine 20jährige Frau in Kopenhagen, ohne hereditäre Antecedentien, wurde von mir seit Oktober 1888 wegen einiger geringerer Hämoptysen, doch ohne stetoskopische Zeichen der Lungenphthisis behandelt. Sie war als Kind etwas »nervös« gewesen und hatte eine ziemlich verzärtelte Erziehung erhalten, war sonst aber in ihrem Wesen ruhig und verständig, ohne Symptome von Hysterie. Nachdem sie einige Tage bettlägerig gewesen, bekam sie plötzlich in einer Nacht, als ich sie wegen Aufhustens von 1½ Weinglas reinen Blutes besuchte, einen Anfall, welcher mit einigen kurzen und schnappenden (nicht stridulösen) Inspirationen anfing, wonach die Inspiration trotz gewaltsamer Versuche ihr unmöglich wurde. Sie wurde cyanotisch im Gesichte, warf sich hinten über mit einem sehr angstvollen Ausdrucke im Gesichte, bis der Anfall plötzlich mit einer tiefen und ungehinderten Inspiration endete. Kurz darauf stellte sich ein ähnlicher Anfall ein, und dies dauerte die ganze Nacht hindurch trotz Behandlung mit Äther- und Morphininjek-

tionen, kalten Übergießungen etc. Während der kürzeren Anfälle war sie bei Besinnung, beim Schlusse der größeren aber, die ungefähr eine Minute dauerten und mit extremer Cyanose einhergingen, verlor sie ihr Bewusstsein, gewann es aber gleich zurück beim Nachlasse des Anfalles und war klar zwischen den Anfällen; nur hallucinirte sie leicht und war angstvoll. Kein unwillkürlicher Abgang von Exkrementen während der Anfälle. — Sie klagte über Schmerzen bei tiefer Inspiration im 4. Intercostalraum in der vorderen linken Axillarlinie, ohne dass dort Abnormes nachzuweisen war. Es fand sich leichte Hyperästhesie über der linken Ovarialgegend, keine Clavus- oder Globulusempfindungen. Keine Sensibilitätsstörungen, besonders keine Hemianästhesie. Die Respiration zwischen den Anfällen ruhig und normal. Der Puls 100, wurde nur wenig durch die Anfälle beeinflusst. Kein Husten und keine Hämoptysen während der Anfälle oder nach denselben. Sie gab an, dass jeder Anfall durch starke spontane Schmerzen in der vorderen linken Axillarlinie eingeleitet würde, und trotz meiner Aufforderung und ihrer eigenen Anstrengung konnte sie ihre Anfälle nicht koupiren. Die Temperatur war in den vorhergehenden Tagen — eben so wie in den folgenden — normal, wurde aber in dieser Nacht nicht gemessen. In den nächsten Tagen kamen ähnliche aber geringere Reihen von Anfällen, und sie fühlte sich sehr matt, war sonst aber gesund. Der mehrfach untersuchte Urin war normal.

In den folgenden 2 Monaten war sie außer Bett und hatte mitunter geringe Hämoptysen; die Temperatur war normal. Sie hatte mitunter ähnliche, aber weniger heftige Anfälle, wie die beschriebenen, und zwar gewöhnlich nach Gemüthsbewegungen, wie Verdruss und Zorn. Nach ihnen kam häufig Urinretention, so dass sie katheterisirt werden musste. Oft hatte sie ein häufiges Wechseln vom Erröthen zum Erbleichen, sonst aber bot sie in ihrem Wesen nicht das Bild einer Hysterica dar. Die Menstruation war in Ordnung. In der ersten Woche des Januar kamen wieder Hämoptysen, wesshalb sie das Bett hütete. Am 7. und 8. war die Temperatur zwischen 39,5—40,5; sie war sehr matt, hatte Frösteln und Hitze ohne Schweiß, Appetitmangel, Übelkeiten, wiederholtes schleimiges Erbrechen, trägen Stuhlgang, Urinretention. In der Nacht zwischen dem 8. und 9. häufige und lange dauernde Anfälle wie früher. Am 9. war die Temperatur des Morgens 40,3. Abends 8 Uhr 40,5. Pat. war etwas benommen und delirirte leicht, klagte des Abends über Blasenkrampf und starke Schmerzen in der linken vorderen Axillarlinie, fühlte sich übel und erbrach zweimal. Wegen der Blasenbeschwerden wurde katheterisirt, wobei der zusammenlegbare Katheter die Schleimhaut der Harnröhre etwas verletzte; der dadurch verursachte Schmerz stand nach Injektion von ein wenig Cocain sofort. Um 12 Uhr wurde mir Botschaft geschickt, dass die Temperatur (von ihrem Manne gemessen) 45° sei. Ich schickte ihnen ein anderes Thermometer, erhielt aber nach einer Stunde denselben Bescheid. Ich ging selbst um 1½ Uhr hin, fand die Kranke sehr matt, mit geschlossenen Augen und glühendem Gesichte daliegend, die Haut trocken, aber nicht sehr heiß, die Extremitäten warm. Sie hallucinirte etwas, konnte aber die Delirien verjagen, wenn sie die Augen öffnete, und mit einiger Anstrengung auch bei geschlossenen Augen. Keine Kopfschmerzen, hingegen starkes Stechen in der vorderen linken Axillarlinie, Schmerzen über den Lenden; häufiges Gähnen, ununterbrochenes Übelsein und einmal Erbrechen. Ich führte selbst das zuerst angewandte Maximalthermometer ins Rectum und ließ es 8 Minuten liegen, worauf es 44,9° zeigte. Darauf legte ich 2 andere Maximalthermometer ins Rectum und in die Axilla. Sie lag vollkommen ruhig halb auf der linken Seite mit den Armen über den Bettdecken, ich stand während der ganzen Messung (8 Minuten) an ihrer Seite. Das Thermometer vom Rectum wies 44,9°, das von der Axilla 44,8°. Die Temperatur im Bette, zu dessen Füßen ein Heizkrug lag, war 23°. Der Puls war 144, regelmäßig, etwas gespannt. Respiration 24 und regelmäßig.

Pat. hatte am Tage keinen Anfall gehabt, aber ½ Stunde nach meiner Ankunft fing sie an, nach Athem zu schnappen, doch gelang es durch Einathmung von ca. 20 Tropfen Chloroform einen Anfall zu koupiren. Pat. schlief ein; als sie nach einer Stunde (um 3 Uhr) erwachte, war die Temperatur im Rectum — von

mir selbst gemessen — 42,4. Um 4 Uhr wurden ca. 300 g normal aussehenden Urins abgezogen, der weder Zucker noch Albumen enthielt. Darauf schlief Pat. nach Morphin bis 9 Uhr, wo die Temperatur im Rectum (vom Manne gemessen) 41,5° war. Als ich sie Mittags (am 10. Januar) besuchte, war sie sehr matt, delirirte aber nicht mehr, ohne Kälte- und Hitzeempfindungen. Die Zunge war feucht, aber dick belegt. Puls 120, regelmäßig und kräftig. Respiration normal 20. Die Schmerzen in der vorderen linken Axillarlinie bestanden noch; kein Husten. Urin und Stuhlentleerung erfolgt spontan und ohne Schmerzen. Um 10 Uhr Abends war die Temp. 42°, Puls 88, unregelmäßig und kräftig. Des Nachts (11. Januar) schlief Pat. nach Morphium gut. Am folgenden Vormittage 2mal schleimiges Erbrechen, obwohl Pat. nur Wasser und Kognak zu sich nahm. Sie war ruhig, etwas abgestumpft, mitunter schwach delirirend, Urinentleerung nur nach starkem Drängen spontan. Abends 9 Uhr stellten sich wieder eine Reihe minder heftiger Anfälle der gewöhnlichen Art ein, und danach maß der Mann die Temp. 44,9°; ich sah bei meiner Ankunft um 11½ Uhr die Quecksilbersäule auf dieser Höhe stehen, konstatirte selbst 40,3°. Am 12. Morgens 8 Uhr war die Temperatur 41° (vom Manne gemessen); um 12½ Uhr Mittags 44,9° (vom Manne gemessen), nach einer Stunde (von mir gemessen) 37,5°, Puls 88. Pat. fühlte sich besser und war völlig klar, hatte aber noch beständig Übelbefinden, mitunter Erbrechen. Am Tage darauf klagte sie über wandernde Schmerzen in allen Gliedern, besonders denen der Finger und Zehen, ohne dass dort Abnormes zu konstatiren. Diese verschwanden spontan nach dem Verlauf einiger Tage. Der Appetit stellte sich wieder ein und nachdem die Temperatur sich in einigen Tagen zwischen 38,5 und 39,5 gehalten hatte, wurde dieselbe normal. Pat. erholte sich allmählich, trotzdem noch einige Zeit kleinere Anfälle der gewöhnlichen Art eintraten und ist seitdem bis jetzt (Juli 1889) gesund ohne stethoskopische oder subjektive Zeichen der ursprünglich angenommenen Phthisis.

Für die Genauigkeit der von mir selbst vorgenommenen Temperaturmessungen kann ich einstehen, wohingegen ich natürlicherweise für die Zuverlässigkeit der beiden anderen Messungen zu 44,9, die der Mann ablas, nicht garantiren kann. Immerhin ist nicht anzunehmen, dass er die Temperatur zu hoch angegeben hat, da er an die Temperaturmessung bei seiner Frau gewöhnt war. Die zwei Thermometer wurden am nächsten Tage bei dem Instrumentenmacher Corn. Knudsen geprüft und beide zeigten bei 45° $^1/_{10}$° zu viel, was bei meinen Angaben subtrahirt worden ist. Dass die Pat. etwa auf mechanischem Wege, durch Reiben des Thermometers in der Axilla einen solchen Hochstand desselben bewirkt haben soll, ist ausgeschlossen, da ich die ganze Zeit an ihrer Seite stand, im Voraus der angegebenen Temperatur gegenüber skeptisch, die Temperatur ja auch gleichzeitig im Rectum gemessen die entsprechende Höhe zeigte. Die Pulsfrequenz (144) zeigte ja auch eine der Temperatur ungefähr entsprechende Höhe, wohingegen die Respiration (24) im Verhältnis ziemlich niedrig war.

Wenn man nun nach der Ursache dieser ungewöhnlichen Temperatur frägt, muss ich mich im Voraus außer Stande erklären, eine befriedigende Antwort zu geben; schon eine bestimmte Diagnose ist schwierig. Dass die Kranke zu wiederholten Malen klares und reines Blut (welches nicht aus Mund, Schlund, Nase oder Magen kam) herausbeförderte, deutet ja auf eine Lungenphthise, aber stethoskopisch war kein sicheres Zeichen dafür nachzuweisen, obgleich die Pat. in einem halben Jahre auch von Anderen recht häufig untersucht wurde; auch ihr Allgemeinbefinden, Wohlbeleibtheit und Kräfte blieben gut. Ich möchte desswegen eher annehmen, dass die kleinen Hämoptysen zu den von Prof. Lange[1] erwähnten neuropathischen Blutungen bei hysterischen Individuen gerechnet werden müssen. Denn dass sie an einer Hysterie mit schweren nervösen Anfällen litt, ist evident, wenn sie auch vielleicht nicht im populären Sinne des Wortes hysterisch war. Immerhin bewirkt die Phthise nicht Temperaturen von 44,9, und die Hysterie wird allgemein für afebril angesehen. Die Krankheiten, die bis jetzt die höchsten Temperaturen gegeben

[1] Lange, Almindelig patologisk Anatomi. p. 79.

haben, Tetanus, cerebraler Rheumatismus, Sonnenstich, Febris recurrens und Febris intermittens, Pneumonie und Typhus, können hier ausgeschlossen werden. Man könnte denken, dass die Ursache ein Urethralfieber sei, indem die hohe Temperatur zum ersten Male wenige Stunden nach einer Katheterisation — bei welcher die Urethra sogar oberflächlich durch den Katheter lädirt wurde — eintrat oder wenigstens nachgewiesen wurde. Indessen ist bei dieser Krankheit keine Temperatur über 42° nachgewiesen, und das klinische Bild dieser Krankheit mit ihren Initialschüttelfrösten und darauf folgenden Hitze- und Schweißstadien wurde hier nicht gefunden, wenn auch ein Theil der Momente wohl an ihre akute Form erinnern könnte. Endlich kamen später zweimal eben so hohe Temperaturen (wenn die von mir nicht kontrollirte Messung für erwiesen gelten darf) ohne vorhergehende Katheterisation, freilich mit Beschwerden bei dem spontanen Uriniren.

Es bleibt nur übrig, zu erwägen, ob ihr nervöses Leiden die Ursache sein kann. Wie Koefoed[2] in einer Mittheilung bemerkt, finden sich besonders hohe Temperaturen (bis 44°) gerade bei Leiden des Centralnervensystems, traumatischen und anderen und Teale[3] berichtet einen, freilich von Koefoed angezweifelten, Fall von Temperatursteigerung bis 50° bei Hysterie. Wäre nun die Temperatur im vorliegenden Falle mit den beschriebenen schweren Anfällen zusammengefallen, würde man geneigt sein, sie mit einander in Verbindung zu bringen; allein es ist gerade auffallend, dass in den 24 Stunden vor der von mir konstatirten hohen Temperatur kein Anfall gewesen war, und die Anfälle traten auch später nicht in so hohem Grade auf wie vorher; die direkte Ursache muss darum wohl kaum hierin zu suchen sein. Charcot[4] giebt an, dass selbst bei schweren und anhaltenden hysterischen Anfällen mit Krämpfen die Temperatur nicht über 38,5° steigt. Hiergegen spricht indessen der von Teale mitgetheilte Fall, welcher doch nicht ganz in absurdum reducirt werden kann, so wie auch Wunderlich[5] von einem Falle von Hysterie mit Krämpfen berichtet, wo die Temperatur bis zu 43° stieg — freilich kurz vor dem Tode. So möchte ich doch einen Zusammenhang zwischen der Hysterie und der Temperatursteigerung als wahrscheinlich annehmen.

---

1. O. Drasch. Beobachtungen an lebenden Drüsen mit und ohne Reizung der Nerven derselben.

(Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiol. Abth. 1889. Hft. 1/2. p. 96.)

Das für die Sekretionslehre wichtige Studium der Nickhautdrüsen des Frosches ist zuletzt von Engelmann, Stricker und Spina, Biedermann betrieben worden. D. untersuchte dasselbe Objekt mit neuen Methoden. Seine Vorrichtung gestattete, ein und dieselbe Nickhautdrüse unter nahezu normalen Verhältnissen im lebenden Zustande mit Erhaltung des Kreislaufes Tage lang zu beobachten, ihre Sekretion und den Einfluss von Nervenreizungen zu untersuchen, die Drüse in jeder beliebigen Phase ihrer Thätigkeit im mikroskopischen Gesichtsfeld durch Reagentien zu fixiren. Seine Aufmerksamkeit lenkte er besonders auf die Formveränderungen der Drüsen unter nervösem Einfluss.

Mit Stricker-Spina unterscheidet D. drei Haupttypen des Aussehens des optischen Querschnittes der Drüsen: 1) ein ringförmiges Stadium (Epithel ein schmaler Saum ohne sichtbare Kerne); 2) ein Mittelstadium mit bandartigem Epithelbelag oder mit fast völliger

---

[2] Koefoed, Hospitalstidende 1887. No. 11. Kopenhagen.
[3] Teale, Lancet 1876. I. p. 340.
[4] Charcot, Leçons sur les maladies nerveuses 1886. p. 376.
[5] Wunderlich, Arch. d. Heilkunde Bd. V. p. 210.

Ausfüllung des Lumens durch das Epithel (keine Zellgrenzen, keine Kerne zu sehen, Protoplasma grau oder gelblich, mit Körnchen; zuweilen Vakuolen; in manchen Drüsen sind deutlich begrenzte »Körnchenzellen« vorhanden, bald in größerer bald in kleinerer Zahl; 3) das Pfropfstadium (Drüsenmembran erscheint buchtig, nicht glatt wie bei 1 und 2, Kerne derselben fast rund: Lumen vorhanden, Epithelzellen radiär gestreift).

Neben diesen Stadien giebt es noch eines, in welchem in Folge von Verstopfung des Ausführungsganges (Engelmann) die Drüsen blasenartig ausgedehnt erscheinen. Die histologische Untersuchung gehärteter und in Schnitte zerlegter Drüsen hatte in so fern ein wenig befriedigendes Ergebnis, als es nicht gelang, »für die einzelnen Stadien charakteristische Kennzeichen in der Struktur der Zellen und ihrer Kerne« zu finden, oder bestimmte, der Thätigkeit der Epithelzellen entsprechende morphologische Veränderungen zu konstatiren. Die Nickhautnerven wurden durch die Goldmethode oder durch Hämatoxylin dargestellt; sie bilden reiche, die Drüsen umspinnende, aber bis in die Membrana propria oder ins Epithel nicht verfolgbare Fasernetze.

Bezüglich der Formveränderungen der lebenden Drüsen schließt D. sich im Allgemeinen an Engelmann an. Er sah theils schnelle, theils langsame Bewegungen der Drüsen, durch welche ihre Form, ihre Dimensionen, Größe und Gestalt des Lumens sich änderten. Die Lumenänderungen sind sicher horvorgebracht sowohl durch Änderung des Drüsenumfanges vermöge der Kontraktilität der Membrana propria, wie durch Volumsabnahme und -Zunahme der Zellen. In Folge der Membranzusammenziehungen gerathen die Zellen »in ein Fließen;« in den Mittelstadien sind Orts- und Gestaltsveränderungen der Körnchen und anderweitigen protoplasmatischen Gebilde der Zellen sichtbar; aber wesentliche Änderungen im Aussehen der Zellen sind nicht bemerklich; trotz tagelanger Beobachtung und fortwährender Absonderung ließ sich keine Zu- oder Abnahme der Körner in den »Körnchenzellen«, keine Umwandlung einer »homogenen« Zelle in eine Körnchenzelle oder umgekehrt, keine Abschnürung von Zelltheilen feststellen. Das Entstehen und Vergehen von Vakuolen war die einzige hierher zu rechnende Veränderung.

Da Verf. mit Engelmann zu dem Schlusse gelangt, dass es nur eine Art von Drüsen in der Nickhaut giebt, muss er annehmen, dass sehr langsame Umwandlungen von homogenen Zellen in Körnchenzellen und vice versa stattfinden.

Einem besonderen Studium unterzog D. den Einfluss mechanischer und chemischer Eingriffe, so wie den der elektrischen Reizung auf das Aussehen der Drüsen. Bei sich lebhaft bewegenden Drüsen genügt die leichteste Berührung mit einer Nadel oder einem Pinsel, ja sogar Kneifen einer Pfote etc., um die Drüsen sofort in das »Pfropfstadium« zu versetzen. Bei anderen ist stärkerer

Druck nöthig. Nach Aufhören der Reizung tritt die vorherige Gestalt der Drüse wieder ein. Verdünnte Essigsäure verwandelt die Drüse in eine glattwandige von Epithel prall erfüllte Kugel; im Protoplasma entstehen Niederschläge, die Kerne treten hervor, die Absonderung ist aufgehoben. Bald stellt sich aber der Status quo ante wieder her.

Unter der Einwirkung 10procentiger Kochsalzlösung gerathen sämmtliche Drüsen in das Ringstadium. Nach Einspritzung von Methylenblau ins Blut nimmt die Drüse eine blassblaue Färbung an, bald darauf treten dunkelblaue Körnchen und Stäbchen im Protoplasma auf; sie bleiben lange bestehen; erst nach 12 Stunden ist wieder Alles verblasst. Pilocarpin bewirkt bei den meisten Drüsen ein Mittelstadium mit reducirtem Lumen und lebhafte Sekretion. »Die Sekretion kann, muss aber nicht nothwendigerweise Veränderungen in den Zellen im Gefolge haben.« Unter keinen Umständen verwandelt sich dabei eine homogene Zelle in eine Körnerzelle. Vakuolenbildung wird auch hier beobachtet: Manche sehr energisch secernirende Drüsen zeigen überhaupt keine Veränderung.

Elektrische Reizung hat ebenfalls keine Änderung in der Struktur der Zellen zur Folge; die Drüsen gehen ins »Pfropfstadium« über, die Zellen gerathen in ein »Fließen« etc.

Einen klaren Einblick in die Vorgänge der Drüsenbewegung erhält man erst durch isolirte Reizung der Nickhautnerven, des Trigeminus und eines aus dem Vagusganglion stammenden Nerven, der vielleicht vom Sympathicus stammt (»Sympathicus«). Auf Reizung des ersteren kontrahirt sich die Drüsenmembran; Reizung des letzteren dagegen hat eine Volumzunahme der Zellen zur Folge. Bei gleichzeitiger Reizung prävalirt immer die Zusammenziehung der Membran.

Die Sekretion studirte Verf., indem er auf die Nickhaut fein verriebene Tusche aufbrachte, deren Bewegungen die Sekretströmung anzeigten. Es zeigte sich, dass in allen Mittelstadien, gleichgültig ob sie lebhafte Formveränderungen zeigen oder nicht, die Absonderung eine ununterbrochene ist und dass sie unabhängig vom Blutdruck (auch an der ausgeschnittenen Nickhaut) vor sich geht. Im Ring- und Pfropfstadium secerniren die Drüsen gar nicht. Die Sekretionsgeschwindigkeit steigert sich, wenn die Zellen an Volumen zunehmen, sei es, dass dies spontan oder auf Sympathicusreizung der Fall ist. Da aber auch nach eingetretener Verkleinerung der Zellen die Absonderung, wenn auch schwächer, andauert, kann die von Stricker-Spina aufgestellte Sekretionshypothese nicht richtig sein, der zufolge die Zellen durch Saugung Flüssigkeit in sich aufnehmen und in Sekret verwandeln sollen, um dasselbe bei ihrer Verkleinerung erst in das Lumen und aus diesem bei ihrer abermaligen Vergrößerung auf die Oberfläche zu pressen. D. nimmt vielmehr an, dass die Vergrößerung der Zellen eine passive, ein Quellungsprocess sei, »welcher sich einfach dadurch erklären lässt, dass, sobald die Drüsenzellen

zur Thätigkeit angeregt werden, eine vis a tergo das zu Sekret zu verarbeitende Material in die Zellen führt. Da dieses so lange geschieht, als die Zellen thätig sind, wird dieselbe Kraft auch zur Fortschaffung des fertigen Sekrets aus den Zellen beitragen«. Der Drüsenmembran schreibt S. eine »scheidende Kraft« zu, »welche die Gewebsflüssigkeit aus der Umgebung der Drüse in die Zellen überführt«.

Langendorff (Knöigsberg).

---

2. **K. Oppenheimer.** Über die Wachsthumsverhältnisse des Körpers und der Organe.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Verf. hat die Wachsthumsverhältnisse des Körpers und der Organe von 943 Sektionen des Münchener pathologischen Instituts eingehender durch Wägungen und Messungen studirt und die Ergebnisse seiner Untersuchungen in seiner mit zahlreichen Tabellen und Kurventafeln versehenen Arbeit niedergelegt. Er theilt das Material in drei große Gruppen: Unglücksfälle, akute und chronische und tuberkulöse Krankheiten. Letztere sind vorläufig von der Beobachtung ausgeschlossen, da bei derartigen Pat. der Ernährungszustand kein normaler ist; eben so sind aus der zweiten Gruppe alle erkrankten Organe ausgeschieden. Die interessanten Ergebnisse, welche O. aus seinen Prüfungen zieht, sind folgende:

1) »Das Körpergewicht erreicht seine höchste relative Steigung beim weiblichen Geschlechte früher als beim männlichen.« Der Körper des erwachsenen Mannes ist ca. 20mal, der des Weibes ca. 18mal schwerer als der des entsprechenden Neugeborenen. Die Körperlänge hat die höchste relative Steigung beim Manne mit dem 15. Jahre mit 158 cm, beim Weibe mit demselben Alter mit 153,6 cm.

2) Das Wachsthum der Lungen überragt fast durchweg, namentlich in der Mitte der Wachsthumsperiode, das des Gesammtkörpers.

3) Das Herz wächst nahezu in ähnlichem Verhältnis wie der Gesammtkörper.

4) Ähnlich, wie das Herz, verhalten sich Milz und Nieren.

5) Leber und namentlich Gehirn bleiben beim allgemeinen Körperwachsthum relativ zurück.

6) Das relative Zurückbleiben der Leber und namentlich des Gehirns hinter dem Körperwachsthum wird gedeckt durch die rapide relative Zunahme des Fettes und namentlich der Muskulatur.

G. Meyer (Berlin).

---

3. **A. Stschastny.** Über Beziehungen der Tuberkelbacillen zu den Zellen. (Aus dem Laboratorium von Dr. Hueppe in Wiesbaden.)

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 1.)

Der Verf. benutzte als Untersuchungsmaterial Milz und Leber vom Ziesel (von Metschnikoff überlassen), Leber vom Huhn und

Sperling und tuberkulöse Mandeln des Menschen, und gelangte zu Resultaten, welche den Angaben Metschnikoff's entsprechen; speciell beschreibt er dieselben Degenerationsformen der Tuberkelbacillen in Riesenzellen wie Metschnikoff. Sein Résumé enthält folgende Angaben: Dass die Wanderzellen in der Blut- und Lymphbahn lebende und virulente Tuberkelbacillen aktiv fressen; dass dieselben die aufgenommenen Bacillen bei ihrer Auswanderung aus der Blutbahn in die Gewebe verschleppen und so den Grund zur Entstehung des echten Tuberkels oder der tuberkulösen Infiltration liefern. (Die Leukocyten tödten also die Bacillen nicht, machen sie nicht einmal durch ihr »Fressen« entwicklungsunfähig! Ref.) Ein Theil der bacillenhaltigen Leukocyten wandelt sich in bacillenhaltige Epitheloide und weiter in bacillenhaltige Riesenzellen um. Der Verf. hält es für möglich, aber nicht erwiesen, dass Riesenzellen auch aus fixen Bindegewebszellen entstehen. Die Riesenzellen bei für Tuberkulose empfänglichen Thieren können eine partielle oder totale Nekrose erleiden. Die Riesenzellen der nicht empfänglichen Thiere sind dauerhafte, leistungsfähige Gebilde, ohne nachweisbare nekrotische Erscheinungen, »welche, wie die physiologischen Riesenzellen als Folge eines formativen Reizes die Wehrmittel des Organismus verstärken« etc.

F. Neelsen (Dresden).

---

4. G. Pisenti. Sulle alterazioni di alcuni organi prodotte dal Bismuto.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1888. Fasc. 10.)

Die Aufnahme löslicher Wismuthsalze in den Organismus auf dem Wege hypodermaler oder intravenöser Injektion ist von Veränderungen in gewissen Organen, zumal in den Ausscheidungsorganen gefolgt, welche einer einheitlichen Auffassung noch ermangeln. Mory, Steinfeld und Meyer, Dalché und Villejan vergleichen die Wirkung des Wismuth mit der Wirkung des Phosphor auf die Nieren, die Leber und das Herz, an welchen Organen eine tiefe fettige Entartung gefunden werde, wozu außerdem eine akute Gastroenteritis komme. Nach Anderen besteht die Veränderung an den Nieren nicht in fettiger Entartung, sondern in Epithelnekrose, an der Leber in konstantem Verschwinden des Glykogen. Im Bereich des Magendarmtractus fand man Läsionen der Schleimhaut in Form von Pigmentirung, Hyperämie, Entzündung und Nekrose als Folge örtlicher Einwirkung des auf die Schleimhaut ausgeschiedenen Metalloides; weiterhin kleine Gefäßverstopfungen in der Schleimhaut mit den Folgen der lokalen Ischämie, hervorgerufen durch örtlichen Druck partieller Wismuthniederschläge.

In 17 Versuchen, 16 an Kaninchen, 1 an einem Hunde, in welchen das Wismuth als Bismuth. citric. ammoniac. oder Bismuth. tartar. in der Gabe von 0,01 den Versuchsthieren 1—3mal täglich subkutan beigebracht wurde, und in welchen letztere selten den

10. Tag überlebten und nur eins 16 Tage lang der Giftwirkung widerstand, findet Verf., dass als Ausscheidungsorgan für das Wismuth in erster Linie die Niere funktionirt, während im Gegensatz zu den Angaben Steinfeld's u. A. die Darmschleimhaut nicht konstant und nur in geringem Maße an der Ausscheidung sich betheiligt. Die Veränderungen in der Niere kann Verf. im Gegensatz zu Lubinski und Lebedeff, Stefanowitsch, Feder-Meyer gemäß seinen mit Osmiumsäure behandelten Präparaten nicht als fettige Degeneration auffassen, sondern als Epithelnekrose bezeichnen. Diese spielt sich nur in einem Theil der Tubuli contorti ab, während ein anderer durchaus unversehrt erscheint. Mit ihr geht eine Vernichtung der Regenerationsfähigkeit der scheinbar verschont gebliebenen Epithelien einher. Im Darm zeigen sich fleckweise Hyperämien und Pigmentationen ohne Zerstörung der Schleimhaut; in der Leber neben ganz geringen Veränderungen des Parenchyms (Granulirung der Zellen und Verschwinden ihrer Grenzen), Abwesenheit des Glykogens bei den meisten Versuchsthieren.

G. Sticker (Köln).

---

5. **M. Cohn.** Über die Wirkung des Kalomel bei gleichzeitiger Anwendung einiger substituirter Jodpräparate.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Einstäubungen von Kalomel in den Conjunctivalsack bei gleichzeitigem innerlichen Gebrauch von Jodpräparaten bewirken, wie seit langer Zeit bekannt, heftige Reizungen der Augenbindehaut. Hirschberg hat bei Kindern, die innerlich mit Jodeisensyrup bei gleichzeitiger Anwendung von Kalomel in die Augen behandelt wurden, Ätzwirkung an der Conjunctiva nie beobachtet. Rabl und Knappe haben hingegen gefunden und klinisch und experimentell festgestellt, dass jene alte Ansicht von der schädlichen Wirkung des Kalomel aufs Auge, bei gleichzeitigem internen Gebrauch von Jodpräparaten vollkommen zu Recht besteht. Auf Veranlassung von Liebreich hat nun C. eine Anzahl substituirter Jodpräparate, »in denen sich das Jod nicht so ohne Weiteres im Reagensglas nachweisen lässt«, unter gleichzeitiger Anwendung von Kalomeleinpuderungen in die Augen bei Thieren geprüft. Zur Untersuchung wurden verwendet Jodoform, Jodol und Äthyljodid (Äther jodatus). Erstere wurden den Thieren intern per os, das dritte Präparat durch Inhalation nach Tracheotomie eingeführt. Bei allen drei Präparaten konnte kurze Zeit nach der Einnahme das Jod in der Thränenflüssigkeit nachgewiesen werden, während die Bindehaut bei gleichzeitiger Kalomeleinstäubung starke Entzündung zeigte. Verf. schließt daher, dass die drei substituirten Jodpräparate »sich in Bezug auf gleichzeitige Kalomelbehandlung eben so schädlich verhalten, wie das Jodkalium«.

Außer genannten Substanzen unterzog C. noch drei neue Jodpräparate einer Prüfung in dieser Hinsicht: Jodaseptol, Sozojodol-Natrium und jodthymolsulfosaures Kalium. Alle drei Substanzen er-

gaben bei gleichzeitiger Kalomelbehandlung dieselben Resultate, indem selbst nach 24 Stunden in der Thränenflüssigkeit kein Jod nachzuweisen war; jedoch fand sich das Jod in organischer Form im Harn vor. Sicherlich sind also diese drei Präparate dem Jod und Jodoform für Wundbehandlung vorzuziehen, da sie keinen Anlass zur Jodvergiftung geben können, auch bei gleichzeitiger Anwendung von Kalomel im Auge nicht schädlich wirken. Es ist nöthig bei Untersuchung neuer Jodpräparate stets auch die letztere Wirkung mit zu berücksichtigen.

G. Meyer (Berlin).

---

6. C. Heitzmann (New York). Die Bedeutung der Bindegewebstrümmer im Harn.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 8. p. 115 ff.)

Während man bisher fast nur gewöhnt ist, das Auftreten von Bindegewebsfetzen im Harn zu beachten, wenn es sich um die Diagnose der Blasentumoren handelt, erinnert H. daran, dass Bindegewebstrümmer im Harn häufig auch sonst vorkommen und dass, da ihr Ursprung nur aus tiefergreifenden Vorgängen herrührt, solche Trümmer Werth haben für die Diagnose auf Traumen, Abscessbildung, Verschwärung, Blutung und Geschwulstbildung. Wenn auch die Auseinandersetzungen H.'s nicht viel Neues enthalten, so verdienen sie als Beiträge zur mikroskopischen Harnanalyse Erwähnung, da sie vielfach von großem praktischen Interesse sind. Unter den Traumen hat H. in reicher, vieljähriger Erfahrung am häufigsten die mechanische Verletzung des Scheideneinganges bei Masturbation und Risse am Cervix der Gebärmutter gefunden. In der großen Mehrzahl ist der Harn von einer Person weiblichen Geschlechts herrührend leicht zu unterscheiden von dem Urin des Mannes durch die Anwesenheit von Vaginalepithelien aus den oberen Schichten; zwar haben Mädchen jeden Alters mit völlig unberührten und gesunden Genitalien in ihrem Harne keine Scheidenepithelien, doch die geringste Leukorrhoe, welche bei vielen Mädchen, bei den meisten verheiratheten Frauen und nach Entbindungen fast immer besteht, lässt diese Epithelien sich dem Harne beimischen; einzelne Epithelien von der Größe der vaginalen haben keinen Werth zur Unterscheidung, da auch die Blase des Mannes am Blasenhalse Plattenepithelien von der Größe der vaginalen aufweist. Zahlreiche Epithelien aus allen Schichten der Vagina mit reichlichen Eiterkörperchen zeigen eine intensive katarrhalische oder blennorrhoische Vaginitis an; treten noch Bindegewebstrümmer hinzu, so ist an Ulceration in der Vagina, Follikularverschwärung zu denken. Wenige vaginale und zahlreichere cervikale Epithelien mit wechselnden Mengen von Eiterkörperchen und Bindegewebstrümmern regen die Vermuthung auf ein Geschwür, eine Excoriation am Cervix oder auf einen Cervikalriss. Wenn neben Vaginalepithelien dünne mit Fetttröpfchen belegte Epidermalschuppen in größerer Menge vorgefunden werden, welche von den Nymphen

herrühren, wenn nebst Eiterkörperchen auch Epithelien der Bartholini'schen Drüsen vorhanden sind und endlich wenn sich Bindegewebsfetzen nachweisen lassen, dann handelt es sich um die Folgezustände von mechanischen Insulten am Scheideneingang, um Masturbation. Ulcerative Processe der männlichen Harnröhre sind diagnosticirbar durch anwesende Bindegewebstrümmer bei gleichzeitigem Auftreten von den großen, birn- und säulenförmigen Epithelien der Schleimhaut der Pars membranacea. Die akute Prostatitis mit theilweiser Vereiterung bedingt die Beimischung von zahlreichen Epithelien aus der Prostata, Bindegewebstrümmern und Eiterzellen, die chronische Prostatahypertrophie nur Prostataepithelien in wechselnder Zahl. Bei der Vereiterung eines Samenbläschens zeigt das Mikroskop nebst zahlreichen Eiterzellen reichlich Samenfäden, deren Köpfchen stark vergrößert, bis zum Umfange eines Eiterkörperchens; Bindegewebstrümmer sind stets vorhanden. H. führt dann weiterhin ausführlich an, wie der mikroskopische Befund im Harn ist, wenn es sich um die verschiedenen Cystitisformen, Hämorrhagien aus dem Harnapparat, Geschwülste der Blase, Blutungen und Verschwärungsprocesse der Nierenbecken, Nierenblutung, Nierenentzündung und Nierenabscess handelt, bei welchen Processen das Auffinden der Bindegewebstrümmer für die Diagnose von großer Bedeutung sein kann.

Prior (Bonn).

---

7. **Anderson** (Glasgow). Zur Diagnose und Behandlung der syphilitischen Affektionen des Centralnervensystems.

(Vortrag auf der 56. Jahresversammlung der Britisch Med. Association in Glasgow.)
(Wiener med. Blätter 1888. No. 35.)

Im Gegensatz zu einer augenblicklich in England herrschenden Strömung, welche die Komplikationen der Lues für weit gutartiger hält als man dies zu thun pflegt, so dass man gar die Syphilis des Centralnervensystems als eine relativ seltene Affektion betrachtet, betont A. die Häufigkeit und die Wichtigkeit dieser Komplikationen; er warnt eindringend vor einer laxen Therapie, da gerade diese es verschuldet habe, dass nun ein so großer Bruchtheil der Nervenkrankheiten syphilitischen Ursprunges sei. Unter den objektiven Symptomen, die auf eine Erkrankung des Centralnervensystems mit luetischer Basis schließen lassen, hält er für besonders wichtig zunächst die Anamnese, die aber nur dann diagnostischen Werth hat, wenn sie *positiv* lautet; neben den gewöhnlich geschilderten Merkmalen der luetischen Infektion sollen *die über dem Knie befindlichen Narben* hohen Werth besitzen; weiter das fast stets unilaterale Verhalten des Kopfschmerzes Syphilitischer, Schlaflosigkeit, Hemiplegie bei jugendlichen Pat. Die Syphilis des Centralnervensystems ist weit häufiger in den niederen Volksklassen. Charakteristisch ist weiterhin für die Hirnsyphilis die Vielfältigkeit der einzelnen Symptome, dadurch, dass man z. B. die Paralyse nur *eines* Hirnnerven, verbunden mit einer Paraplegie findet. Für die *häu-*

figsten Typen der Hirnsyphilis hält A. folgende 2 Typen: a) psychische Störungen mit Epilepsie und unvollständigen Paralysen, die bisweilen in einen komatösen Zustand übergehen, der meist von kurzer Dauer ist. Seine anatomische Basis hat dieser Symptomenkomplex in Gummiknoten an der Konvexität der Hirnhemisphären mit Erweichung der Nachbarschaft, während die Hirnhäute zuweilen gleichzeitig afficirt sind. b) Apoplektiforme Störungen mit folgender Somnolenz, die sich relativ oft wiederholen: es sind Zeichen einer einseitigen Reizung des Gehirns mit Paralysis gewisser Hirnnerven. Die anatomische Basis ist die Arteriitis obliterans der Gehirnarterien mit consecutiver Erweichung ihres Gebietes. Von Affektionen einzelner Hirnnerven sind am häufigsten die Erkrankungen des 3. und 6. Hirnnervenpaares; der Rectus internus ist am häufigsten gelähmt. Die Behandlung muss eine energische sein, auch in diesen Stadien ist das Hydrargyrum das wirksamste Medikament; das beste scheint ihm das ölsaure Quecksilber. **Prior** (Bonn).

Kasuistische Mittheilungen.

8. **W. Prausnitz.** Über die Ausnutzung der Kuhmilch im menschlichen Darmkanal. (Aus dem physiologischen Institut zu München.)

(Zeitschrift für Biologie Bd. XXV. Hft. 4. p. 533.)

Ein Stoffwechselversuch zeigt, dass ein Mensch von 74 Kilo nicht im Stande ist, sich mit 3 Liter Kuhmilch pro Tag im Stoffgleichgewicht zu erhalten. Zugleich lehrt die Untersuchung des Kothes, dass im Vergleich mit anderen Nahrungsmitteln die Ausnutzung der Milch im Darmkanal besonders der Erwachsenen eine relativ schlechte ist. Dies beweist aber nichts gegen die hohe Bedeutung der Kuhmilch als Nahrungsmittel, welche als Magermilch ein sehr werthvoller Eiweißträger vor Allem für die arbeitenden Klassen ist. Denn ist auch der Verlust, procentisch betrachtet, ein großer, so ist er absolut doch gering. **F. Röhmann** (Breslau).

9. **Th. Rosenheim.** Akute gelbe Leberatrophie bei einem Kinde. (Aus dem städt. allgem. Krankenhause »Friedrichshain«, Abtheil. des Herrn Prof. Dr. Fürbringer.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 5 u. 6.)

Es wird ein Fall von akuter gelber Leberatrophie bei einem 10jährigen Mädchen beschrieben. Der klinische Verlauf und der anatomische Befund bietet nichts, was denselben von all den anderen bisher publicirten wesentlich unterscheidet. Der Harn enthielt kein Albumen, Spuren von Propepton, kein Pepton. Eine mit Äther extrahirte Säure hält R. für Milchsäure. Eine besondere Bedeutung misst R. dem Befunde von Bilirubinkrystallen im stark gallenfarbstoffhaltigen Harne bei. Es sei bisher noch von keiner Seite beobachtet worden, dass der Gallenfarbstoff in krystallisirter Form im Urin erscheinen kann. Nur bei dem Ikterus der Neugeborenen kannten wir eine krystallinische Abscheidung des Gallenfarbstoffes innerhalb der Harnkanälchen in schönen Rhomben und Nadeln, ohne dass wir wissen, worauf dieses Verhalten des Bilirubin, das in späterem Alter nicht mehr konstatirt werde, beruht.

In diesem und einem anderen Falle bei einer Erwachsenen gelang es nicht Mikroorganismen in den Leberschnitten nachzuweisen, auch die Kulturversuche gaben ein negatives Resultat. R. hält sich hierdurch für berechtigt, die Ansicht, dass die akute gelbe Leberatrophie eine direkt durch bestimmte Mikroben erzeugte

Infektionskrankheit sei, zurückzuweisen. Mikroorganismen, die von anderen Autoren in den Gallengängen gefunden seien, seien vom Darm aus eingewandert. Die Befunde von Bakterien in den kleinen Gefäßen und Kapillaren, wie sie von anderen Forschern beschrieben worden sind, scheinen darauf hinzudeuten, dass es verschiedene Schädlichkeiten giebt, die auf die Leber in kurzer Zeit deletär wirken und so durch Zerstörung der Leber ein charakteristisches Krankheitsbild hervorrufen. In denjenigen Fällen, wo es nicht gelänge, Bakterien nachzuweisen, sei für die in Rede stehenden Processe eine chemische Noxe verantwortlich zu machen. Ob dieselbe das Produkt von Bakterien sei, die im Darmkanal oder sonst wo ihren Wohnsitz haben, sei ungewiss. **F. Röhmann** (Breslau).

10. **A. Baginsky.** Zwei Fälle von Pyämie bei jungen Säuglingen.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 3.)

Zwei Fälle von Pyämie bei Säuglingen, die bei aller Ähnlichkeit des klinischen Verlaufes in den Ausgangspunkten der Erkrankung und in der Art der gesetzten pathologischen Veränderungen wesentlich von einander abweichen, geben dem Verf. Gelegenheit, den früher von Virchow bereits angebahnten Unterschied zwischen putrider und ichorrhämischer Infektion einerseits und der deletären Wirkung der Mikroorganismen andererseits zu betonen.

Im 1. Fall, der einen 16. Tage alten weiblichen Säugling betrifft, bestand das Bild typischer eitriger Omphalitis mit consecutiver Pyämie, multiplen Abscessen etc. Bemerkenswerth war, dass trotz massenhafter Überschwemmung der inneren Organe mit Mikroorganismen die Organe selbst nur sehr beschränkte anatomische Läsionen aufwiesen, so dass diese Läsionen als die direkte Todesursache nicht angesehen werden konnten, dass es vielmehr am wahrscheinlichsten scheinen musste, als ob infektiöse Stoffe, welche von Eiterherden des Unterhautzellgewebes in die Blutbahn eindrangen, so intensiv tödliche Wirkungen ausübten, dass sie den lokalen Angriff der Kokkenembolie gleichsam überholten. Es würde mithin der toxisch infektiösen Materie, welche in den Eiterherden erzeugt worden ist (Ichorsubstanzen Virchow's), eine größere Bedeutung für den deletären Verlauf des Processes zukommen als der Kokkenembolie selbst.

Ganz anders ist das Verhältnis im 2. Fall, der einen Knaben im Alter von 13 Wochen betrifft, bei welchem eine kongenitale Phimose des Präputium und die daraus hervorgehende Balanitis mit den Bedingungen zur fauligen Zersetzung des Harnes den Ausgangspunkt gab für den späteren Ausbruch einer phlegmonösen Dermatitis der unteren Körperhälfte, die ihrerseits eine Septikämie zur Entwicklung kommen ließ mit entzündlichen Affektionen der inneren Organe und einer eitrigen Entzündung der Handgelenke. Hier war nun bei jedem Fehlen von eigentlichen embolischen Kokkenherden die Zerstörung der Gewebe eine so schwere, wie sie nur gedacht werden kann. Während z. B. die gesammte Corticalsubstanz der Niere, so weit das sekretorische Element in Frage kommt, der Nekrobiose anheimgefallen war, erschienen die Gefäße relativ intakt. Es musste also hier neben den sehr spärlichen Mikroorganismen oder vielleicht ganz allein eine völlig andere Noxe zur Einwirkung gelangt sein, eine Noxe, welche das Gewebe diffus durchdringen konnte.

In beiden Fällen bestand mit einem Wort ein sehr wesentlicher Gegensatz zwischen der Anwesenheit und Verbreitung der Mikroorganismen und der anatomischen Läsion; in beiden Fällen tritt die Wirkung der durch Mikroorganismen erzeugten Ichorsubstanzen, der Ichorine, zu Tage. (Die alte Bezeichnung behält Verf. den neueren Bezeichnungen — Toxin und Ptomain — gegenüber bei.)

Die Mikroorganismen im 1. Falle, sowohl aus einem der Abscesse rein gezüchtet, wie aus Schnitten der inneren Organe gewonnen, gehörten übereinstimmend ein und derselben Streptococcusart an, von der es im Anfang zweifelhaft blieb, ob es in ihr sich um den von Fehleisen beschriebenen Streptococcus des Erysipels oder um den als Streptococcus pyogenes benannten handelte. Verf., der mit Fehleisen und Hartmann sich gegen die von Simone und Biondi behauptete Identität der beiden genannten Streptokokken ausspricht, trifft die defini-

tive Entscheidung darüber, dass es sich bei dem in Rede stehenden Falle um den Streptococcus pyogenes und nicht um den Erysipelcoccus handelte, durch die an einem Arzte vorgenommene Impfung, welche zur Entstehung einer Pustel mit ziemlich heftiger Entzündung der Umgebung aber nicht zum Erysipel führte, und beruft sich bei seiner Schlussfolgerung auf die von Fehleisen hervorgehobene Eigenthümlichkeit des Erysipelcoccus, bei der Impfung auf Menschen und geeignete Versuchsthiere selbst in Jahre hindurch aufbewahrten Kulturen noch Erysipel zu erzeugen. G. Sticker (Köln).

11. C. Schrack (Graz). Über Acetonurie und Diaceturie bei Kindern. (Aus der pädiatrischen Klinik des Prof. R. v. Jaksch (Graz).

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXIX. p. 411.)

Verf. zeigt durch zahlreiche Beobachtungen, dass die Angaben, welche v. Jaksch über Acetonurie und Diaceturie Erwachsener gemacht hat, in allen wesentlichen Punkten auch für das Kindesalter gültig sind und bestätigt dadurch die Beobachtungen, welche Baginsky über die Acetonurie der Kinder veröffentlicht hat.

Kohts (Straßburg i/E.).

12. H. Fritzsche (Leipzig). Über einen durch eigenthümliche schwere cerebrale Erscheinungen komplicirten Fall von Keuchhusten.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXIX. p. 380.)

Ein 2jähriges Mädchen bekam in der 6. Woche eines Keuchhustens klonische Krämpfe, welche Anfangs halbseitig, später auch in geringerem Maße die linke Seite ergriffen, ca. $2^1/_2$ Stunden dauerten und in einen soporösen Zustand überleiteten, welcher erst nach 3 Tagen völlig schwand. Während der Krampfperiode fehlten die Keuchhustenanfälle. Die Temperatur war 2 Tage lang beträchtlich erhöht. Später ließen sich Schwäche des rechten Facialis, Aphasie, rechtsseitige Hemianästhesie, Sehstörung (Hemianopsie oder Seelenblindheit?), Gehörstörung (Worttaubheit) konstatiren — Symptome, welche mehr oder weniger lang anhielten, (meist aber nach 2 Monaten noch vorhanden waren) und dann allmählich völlig verschwanden. Zur Erklärung des Symptomenkomplexes neigt Verf. am meisten zur Annahme einer großen Blutung in den Subarachnoidealraum links, welche die Centren für den Facialis, die Sprache, Gehör und Gesicht schädigte. Auch um eine Blutung in den hinteren Schenkel der inneren Kapsel könnte es sich handeln oder um eine Anzahl größerer oder kleinerer Blutextravasate im Gehirn und dessen Häuten. Kohts (Straßburg i/E.).

13. J. Widowitz (Graz). Zwei weitere Fälle eines neuropathischen Ödems bei Kindern.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXIX. p. 388.)

Verf. beschrieb im XXV. Band des Jahrb. f. Kinderheilk. ein 7jähriges Mädchen, bei welchem ohne jede nachweisbare Veranlassung zuweilen intensive ödematöse Schwellung an den Fingern und Wangen auftrat. Jetzt hat er 2 Knaben beobachtet, bei denen sich ein ähnliches Verhalten zuerst im 6. Jahre zeigte. Beide sind anämisch, einer stammt von einem entschieden neuropathisch veranlagten Vater, der andere hat einen hydrocephalischen Schädelbau und litt bis zum 3. Lebensjahre öfters an eklamptischen Anfällen. Bei beiden tritt, sobald sie einige Zeit bei niedriger Temperatur sich im Freien aufhalten, starkes Ödem im Gesicht und an den Fingern auf. Die Finger sind bis an die Metacarpophalangealgelenke so stark geschwellt, dass sie nur unvollkommen gebeugt werden können. Im Gesicht zeigt der eine Knabe auf den Wangen verschieden große (bis 7 cm Durchmesser) fast kreisrunde ödematöse Stellen, der andere eine Schwellung, die sich bandförmig ca. 4 cm breit von einem Jochbogen um das Kinn herum zum anderen erstreckt. Die Ödeme sind scharf von der Umgebung abgegrenzt; sie verschwinden stets nach kurzem Aufenthalt im warmen Zimmer. Bei dem völlig normalen Verhalten aller übrigen Körperorgane zählt Verf. sie zu den auf nervösem Wege erzeugten Schwellungen. Nur in einem Falle

besteht außer der Spannung ziemlich starkes Jucken, wesshalb Verf. diesen der Riesenurticaria (Milton) zurechnen möchte. Anhangsweise erwähnt Verf. ein 22jähriges Mädchen, das oft ohne Veranlassung Ödeme an den Augenlidern links mit vermehrter Thränensekretion bekommt, dabei vollkommen heiser wird, Schlingbeschwerden, ein dumpfes Gefühl im linken Ohre, vermehrte Speichelsekretion klagt — Symptome, die in kürzester Zeit vergehen, so dass Verf. dieselben noch nicht selbst beobachten konnte. **Kohts** (Straßburg i/E.).

14. **Anna Schabanowa.** Über Phosphorbehandlung der Rachitis. (Aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg in Petersburg.)

(Vortrag, gehalten auf dem III. Kongresse russischer Ärzte.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXIX. p. 392.)

Im Verlauf zweier Jahre behandelte Verf. 140 rachitische Kinder, fast alle ambulant. In 35 Fällen musste die Behandlung zeitweilig ausgesetzt werden, dieselben wurden daher nicht berücksichtigt. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Phosphor (0,01 : 100,0 Ol. amygd. dulc.), Salzbädern und diätetischen und hygienischen Vorschriften. In sehr fleißiger Zusammenstellung mit zahlreichen übersichtlichen vergleichenden Tabellen giebt Verf. ihre Beobachtungen während dieser Zeit und zieht dann daraus allgemeine Schlussfolgerungen, wobei sie dem Phosphor die Haupterfolge der Behandlung zuschreibt. Zusammenfassend spricht sie sich dahin aus, dass in den meisten Fällen die Behandlung der Rachitis mit Phosphor ein günstiges Resultat liefert, das sich nicht nur in einer Besserung des Allgemeinbefindens, sondern auch in einer Besserung jeder der einzelnen Erscheinungsformen dieser Krankheit äußert. Den raschesten und entschiedensten Effekt zeigt dieses Mittel auf die Störungen im Bereich der nervösen Sphäre: in zweiter Linie steht die günstige Beeinflussung der Funktionen der Extremitäten, des Geh- und Stehvermögens der Kinder und in letzter Reihe kommt seine schwächste, immerhin jedoch ebenfalls als gut zu bezeichnende Wirkung auf die Veränderung im Knochensystem im Allgemeinen in Betracht. **Kohts** (Straßburg i/E.).

15. **M. Bernhardt.** Über eine hereditäre Form der progressiven spinalen mit Bulbärparalyse komplicirten Muskelatrophie.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 2.)

1) Kaufmann P., 40 Jahre alt, früher syphilitisch inficirt, verheirathet und Vater mehrerer Kinder, klagte 1882 über Unfähigkeit, die rechte Hand wie früher zum Schreiben zu gebrauchen. Keine Sensibilitätsstörungen. P. stolperte öfters, weil er mit dem rechten Beine anstieß. Kniephänomene normal. Februar 1882 bei zufällig eintretendem Lachen eigenthümliche Erstickungsanfälle. Kein Verschlucken, jedoch Klagen über verändertes Gefühl im Schlunde. Zunge frei beweglich; Sprache undeutlich, sehr leise und abnorm hastig. Im September 1882 Symptome der Bulbärparalyse deutlich ausgeprägt. Auffällig erschienen noch daneben der oft nach der Seite gerichtete Blick, sonderbare Gestikulationen mit Hand und Fingern beim Sprechen, hüpfende und springende Bewegungen beim Treppenhinabsteigen. Deutliche fibrilläre Zuckungen in der Zungen-, Kinn- und Lippenmuskulatur; an einzelnen dieser Muskeln Entartungsreaktion. Progressiver Fortschritt des Leidens. Ende August 1883 Exitus letalis. Sektion wurde nicht gemacht. Dem Verf. imponirte das Krankheitsbild als eine jener unregelmäßigen, von den Franzosen als Formes frustes bezeichneten Arten der Sclérose en plaques.

2) L., 32 Jahre alt, Schwager und Großkousin des P., konsultirte Oktober 1882 den Verf. wegen einer seit einigen Monaten bestehenden Schwäche der Nacken- und Armmuskulatur. Sprache scheinbar etwas langsamer als normal. Auffallende Kopfhaltung: derselbe sank meist nach vorn hinüber, so dass das Kinn die Brust berührte; wollte Pat. ihn erheben, so gelang dies nur durch einen dem ganzen Rumpfe nach hinten ertheilten Schwung oder mit Hilfe der Hände. Nacken und Schultermuskulatur sehr atrophisch und fast ganz funktionslos. Elektrische Erregbarkeit vermindert. M. cucullaris links zeigt fibrilläre Zuckungen. März 1883 fast

gleicher Status, dazu häufige Schluckbeschwerden. Pat. ging in andere Behandlung über. Tod 1884. Keine Sektion.

3) B., 37 Jahre alt, Vetter des L., klagt seit dem Sommer 1886 über Gefühl von Spannung und Schwäche der Nacken- uud Halsmuskulatur besonders der linken Seite. Parästhesie in der Haut der linken Wange; Kauen und Schlucken erschwert und schmerzhaft, abnorme Speichelansammlung; zeitweise Anfälle von Spasmus glottidis und krampfhaften Husten des Abends und Nachts. Schwierigkeit im Balanciren des Kopfes: er kippte oft nach vorn und den Seiten hin über. Anfangs März 1888 untersuchte Verf. den Pat. zum ersten und einzigen Male. Starke Abmagerung. Ausgeprägte Atrophie und starke Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit eines Theiles der Schulter- und Nackenmuskeln. Keine Entartungsreaktion. Armbewegungen in den Schultergelenken mangelhaft. Kopfbewegungen nicht ausführbar; derselbe sank nach vorn zur Brust herab; Aufrichten desselben mit Hilfe der Hände. Zunge spitz, schmal, mit atrophischen Einsenkungen, aber frei beweglich. Singen unmöglich. Schlucken sehr erschwert. Sprache schwer. Tod 3 Monate später. Keine Sektion.

In Bezug auf die Heredität sei hier erwähnt: B. und L. waren leibliche Vettern mütterlicherseits. Frau B., die Mutter des B., starb an einem Rückenmarksleiden, eine Schwester ist nervenleidend, ein sonst ganz gesunder Bruder zeigt kein Kniephänomen. Eltern des L.: Vater gestorben an Lungenentzündung (?), Mutter starb an einem Nervenleiden, ähnlich dem des Sohnes, die Geschwister des L. sind gesund. P. ist der Großkousin des B. P.'s Vater starb an einer Gehirnkrankheit. Das älteste Kind des P. ist nervös.

Die Schwierigkeit einer präcisen anatomischen Diagnose dieser Fälle wird durch die fehlenden Sektionsbefunde gesteigert. Zur Sicherstellung derselben zieht Verf. die gesammten für diese Symptomengruppen in Frage kommenden Krankheitsformen heran und kommt zu dem Resultat, die Erkrankung der beiden Vettern (und wahrscheinlich auch ihrer Mütter) als eine Art von progressiver Muskelatrophie (Poliomyelitis chronica) mit hinzugetretenen Bulbärsymptomen anzusprechen, während er das Leiden des P. als eine disseminirte Erkrankung des Centralnervensystems auffasst, die durch das schließliche Überwiegen der Symptome von Seiten der Medulla oblongata den »familiären« Charakter wahrte. Die ausgesprochene Heredität, das frühzeitige Ergriffensein der tiefen Nackenmuskulatur, die baldige Betheiligung der Bulbärkerne und der schnelle Verlauf des Leidens unterscheidet diese Form von den bisher bekannten Typen der spinalen progressiven Muskelatrophie.

A. Neisser (Berlin).

16. A. Bókai (Klausenburg). Das Pikrotoxin als neues Antidot des Morphin.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 5. p. 75.)

Nach experimentellen Untersuchungen erklärt B. das Pikrotoxin für das rationellste Antidot des Morphins. Das Pikrotoxin und das Morphin wirken antagonistisch auf das Respirationscentrum, da das Morphin dessen Thätigkeit lähmt, kleine Gaben von Pikrotoxin dieselbe heben und die bedrohliche Lähmung des Respirationscentrum durch Morphin verhindern. Weiterhin reizt das Pikrotoxin stark das gefäßverengende Centrum der Medulla oblongata und ist dadurch im Stande, das rasche Herabsinken des Blutdruckes bei Morphinvergiftung zu verhindern. Auch auf das Großhirn äußere das Morphin und Pikrotoxin eine entgegengesetzte Wirkung.

Das bisher wenig angewandte Pikrotoxin verdient unsere Aufmerksamkeit auch dadurch, dass es in vielen Fällen die Nux. vomica-Präparate ersetzen und vielleicht prophylaktisch verabreicht die Chloroformasphyxie vermindern kann.

Prior (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. Sonnabend, den 24. August. 1889.

1. F. Hofmeister. Beiträge zur Lehre vom Kreislauf der Kaltblüter.

(Pflüger's Archiv Bd. XLIV. p. 360.)

Mit Hilfe des von Hürthle konstruirten »Gummimanometers« hat H. den Blutdruck und dessen pulsatorische Schwankungen unter verschiedenen Einflüssen beim Kaltblüter (Kröte, Schlange) untersucht. Von den zahlreichen Ergebnissen seien folgende hier mitgetheilt: Bei der Kröte ergab sich eine deutliche Abhängigkeit des (in der Art. cruralis gemessenen) Blutdruckes vom Körpergewicht, indem ersterer mit zunehmender Körpergröße stieg. Bei einem Durchschnittsgewicht von 116 g war der Minimaldruck = 41, der Maximaldruck = 52 mm Hg, die pulsatorische Schwankung demnach 27% des Minimaldruckes. Für die Theilungsstelle des Bulbus arteriosus berechnete sich unter Zugrundelegung eines Gewichts von 100 g der Mitteldruck zu 58 mm Hg. Nach der Peripherie zu wird

der Mitteldruck immer geringer, die pulsatorische Schwankung kleiner. Bei Ringelnattern war der Mitteldruck 87 mm Hg, die Pulsgröße = 14—15% des Minimaldruckes.

Einer ausführlichen Analyse unterwirft Verf. die Formverschiedenheit der Pulse, die vom Aortenbogen, der Bauchaorta und der Art. cruralis aufgenommen wurden, und er giebt eine Deutung der einzelnen Abschnitte der Pulskurve. In der langen Systolendauer sieht Verf. eine sehr zweckmäßige Einrichtung, durch welche die Aortenklappen vor einer zu jähen Schließung bewahrt bleiben.

Durch Blutentziehungen sah Verf. den Blutdruck sinken, die Pulsgröße sich verringern; bei starken Aderlässen sind diese Veränderungen bedeutend, zugleich zeigt sich die Form der Pulsationen wesentlich verändert. Allmählich tritt aber hier eine, wenn auch vielleicht nicht vollkommene, Restitution ein. Bedeutend rascher erfolgt dieselbe, wenn physiologische Kochsalzlösung infundirt wird. Doch gelingt es hierdurch nicht, den vor der Blutentziehung vorhandenen Mitteldruck wiederherzustellen, selbst wenn die Pulsgröße beträchtlicher wird, wie vorher. Die Ursache davon liegt in einer bedeutenden Flüssigkeitstranssudation in die Gewebe.

In Folge von Blutverlusten, von längerem Athmungsstillstand, im Anschluss an Vagusreizung u. a. m. trat oftmals periodisch aussetzender Herzschlag ein, den entsprechende Veränderungen des Blutdruckes begleiteten. Beseitigt und in normale Rhythmik umgewandelt konnte die periodische Herzthätigkeit werden, wenn man, nach vorheriger Lähmung der Hemmungsfasern des Vagus durch Atropin, diesen Nerven reizte.

Reizung sensibler Nerven, selbst Anblasen der Haut, erhöhte den Blutdruck; Erwärmung vermehrte mit der Pulsfrequenz auch den Mitteldruck.

Endlich untersuchte Verf. den Einfluss der Vagusreizung. Bezüglich seiner hemmenden Wirksamkeit bei der Kröte unterscheidet H. vier Erregbarkeitsstufen des Nerven. Bei der ersten tritt bei schwachen Reizen Pulsverkleinerung, bei starken Frequenzverminderung, schließlich Herzstillstand ein; bei der zweiten entsteht der Herzstillstand bei Zunahme der Reizstärke durch immer mehr zunehmende Verkleinerung der Systole ohne Frequenzabnahme; bei der dritten fehlt die Frequenzänderung und der Stillstand selbst bei starken Strömen, nur Pulsverkleinerung ist vorhanden; bei der vierten Erregbarkeitsstufe fehlt auch diese. Bei der Ringelnatter ist eine pulsverkleinernde Wirkung der Vagusreizung nicht nachzuweisen. Nach Atropinisirung machte Reizung eines Vagus Pulsbeschleunigung, doch nur dann, wenn der Nerv der anderen Seite, der offenbar eine kompensatorische Thätigkeit entfalten kann, durchschnitten ist; gleichzeitig ist die Pulsgröße verringert.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **J. G. Adami.** On the functions of the glomeruli of the kidney: a contribution to the study of albuminurie.

(Practitioner Vol. XLII. p. 241.)

A. giebt eine lesenswerthe Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Harnabsonderungslehre. Er schließt sich den Ansichten Heidenhain's an, denen zufolge sowohl die Absonderung der festen Stoffe des Harns als wie die des Harnwassers auf echten sekretorischen Vorgängen beruhen, die sich zum Theil im Glomerulusepithel abspielen. Aus der elektiven Fähigkeit des letzteren erklärt sich nach A. auch das Freisein des normalen Harnes von Eiweiß.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. **Ssudakewitsch.** Riesenzellen und elastische Fasern. Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 2.)

4. **R. Virchow.** Über elastische Fasern und deren Veränderungen.

(Ibid.)

S. hatte Gelegenheit, einen Knoten der sog. Sart'schen Krankheit (Pascha-churda) zu untersuchen. Der Knoten stellte ein Granulom dar, welches dem Baue nach an die granulösen Infektionsgeschwülste erinnerte. Mit größter Wahrscheinlichkeit sind als Ursache dieser Erkrankung wohl Mikrokokken anzusehen, obwohl Verf. nur an gehärtetem Materiale von deren Existenz sich überzeugen konnte. Zum Unterschiede von den durch Riehl bei der Orientbeule uns bekannt gewordenen Verhältnissen wurden diese Kokken aber in den Riesenzellen der Pascha-churda nicht aufgefunden, dagegen zeigten diese Zellen eine andere interessante Erscheinung, nämlich in ihrem Inneren verschieden lange und dicke, ziemlich intensiv durch Hämatoxylin ins Violette gefärbte Fasern. Es waren dies elastische Fasern der infiltrirten Haut im Inneren der Riesenzellen. Das Verhältnis dieser beiden Gebilde zu einander war ein verschiedenes, oft fanden sich im Verlaufe einer elastischen Faser eine ganze Reihe von Riesenzellen, während ein anderes Mal wieder in einer einzigen Zelle mehrere Fasern lagen. Während die Faser sich außerhalb der Zelle, wie gewöhnlich, schwach durch Hämatoxylin färbte, war sie innen intensiv violett und zeigte nicht scharfe regelmäßige Kontouren, sondern erschien blass, uneben, wie zernagt, hatte überhaupt das Aussehen, als ob sie, wie Verf. aus früheren Versuchen wusste, dem Einflusse der Fäulnis, der künstlichen Verdauung oder starken chemischen Reagentien unterworfen wäre.

Auf einen ähnlichen Befund traf S. bei der Untersuchung von lupösen Wucherungen, welche aus der Gegend des Kniegelenkes, von einem 20jährigen Manne entfernt waren. Hier wurden sehr gute und deutliche Präparate mit der Herxheimer'schen Methode

(Entfärbung der Hämatoxylinschnitte in Liq. ferri sesquichl.) erhalten. Die elastischen Fasern hoben sich in Folge ihrer schwarzblauen Tinktion äußerst scharf ab und man konnte erkennen, dass dieselben unter dem Einflusse der Riesenzellen eine andere Färbung annahmen, als in ihrem freien Abschnitte, sie waren nämlich braun und schließlich gelblich braun verfärbt. Zugleich quollen die Fasern etwas, ohne ihre regelmäßige Kontour jedoch zu verändern. Der Einfluss der Riesenzellen auf elastische Fasern äußerte sich aber weiter noch darin, dass dieselben farblos wurden, zusammenschrumpften, und sich nun von ihnen die früher mehr oder weniger innig an einander gelagerten Schichten ablösten. Auf dem Querschnitte erschienen nun diese veränderten Fasern nicht mehr in verschiedenen Formen, sondern in Gestalt eines unregelmäßigen farblosen Körpers, welcher von 3—6 koncentrischen ziemlich scharf begrenzten Schichten umgeben war. Derartige Fasern waren von ziemlich großen Vacuolen eingeschlossen. Hiernach erscheint es gerechtfertigt, eine phagocytäre Thätigkeit der Riesenzellen anzunehmen, welche auf die Zerstörung der elastischen Fasern der Haut gerichtet ist. Die verdauende Energie der Riesenzellen ist eine ziemlich große, da dieselben im Stande sind, so feste Gewebselemente wie die elastischen Fasern zu zerstören. —

V. macht hierzu darauf aufmerksam, dass er schon im Jahre 1850 die zackige oder dornige Beschaffenheit der elastischen Fasern in älteren Adhäsionen beschrieben habe. Eben so hat er schon damals eigene Untersuchungen über das Verschwinden der elastischen Fasern im Lupus angestellt. **Joseph** (Berlin).

---

5. **Roux.** Sur la présence du virus rabique dans les nerfs.
(Annal. de l'Institut Pasteur T. III. No. 2. p. 69.)

R. verfolgt seine Untersuchungen über die Verbreitung des Wuthgiftes in den Nerven. Während die Kaninchen, welche mit Gehirnsubstanz an Wuth Verstorbener geimpft waren, regelmäßig starben, ergab die Verimpfung der Nerven aus der verletzten und der gesunden Extremität keine Entscheidung darüber, ob sich das Gift regelmäßig von der Wunde aus längs der Nervenbahn nach dem Centrum fortpflanzt. In einem Falle blieb die Verimpfung der Nerven erfolglos, in einem zweiten Fall schien das Gift in centrifugaler Richtung auf die Nerven übergegangen zu sein, während es in zwei anderen Fällen in der That nur in Nerven der verletzten Extremität nachweisbar war. Klinisch zeigt sich das Eindringen des Giftes in das Hirn durch gemüthliche Alteration an, während es auf seinem Wege in den Nervenbahnen nicht regelmäßig lokale nervöse Symptome veranlasst. Auch noch in dieser Periode des Prodromalstadiums kann die Schutzimpfung unter Umständen, wie R. an einem Beispiel zeigt, mit Erfolg angewendet werden. **H. Neumann** (Berlin).

---

6. **Gollasch.** Zur Kenntnis des asthmatischen Sputums.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 10.)

Die im Sinne Fr. Müller's gehaltene Originalmittheilung macht es im hohen Grade wahrscheinlich, dass die von Fr. Müller bemerkten, vom Verf. eingehend untersuchten, fettglänzende runde Körnchen enthaltenden Leukocyten des asthmatischen Sputums identisch sind mit den eosinophilen Zellen des leukämischen Blutes. Bei der Untersuchung der glasig zähen, weißlichen Partikelchen des asthmatischen Sputums im ungefärbten Zustand zeigten sich außer epithelioiden Zellen und Leukocyten ohne Granulation zahlreiche farblose Zellen mit zwei rundlichen Kernen und starker fettglänzender Körnelung. Platzt solch eine Zelle, so liegen die Granula frei und können Häufchen von Mikrokokken vortäuschen. An den Randpartien des Präparates nahmen die Zellen in Folge von Zerrung durch die zähe schleimige Grundsubstanz Spindelform an, ohne dass dabei die Kerne oder die Granula eine bestimmte konstante Lagerung zu einander erkennen ließen; einmal liegt der Kern in der Mitte der langgezogenen Zelle und die Granulation umgiebt ihn nach zwei entgegengesetzten Richtungen hin spitz zulaufend, das andere Mal ist der Kern wetzsteinförmig und die Körner ordnen sich um ihn zu einer Art Perlenbesatz, schließlich bei anderen Zellen überwiegt bald die Substanz des Kernes, bald die Körnelung. Dass die fettglänzenden Granula nicht aus Fett bestanden, ergab die Behandlung der Deckglastrockenpräparate mit Alkohol und Äther und Osmiumsäure; dagegen zeigten die Körnchen bei den verschiedenen Behandlungen mit Eosin eine ausgesprochene Neigung für diesen Farbstoff. Curschmann'sche Spiralen, mit Eosin gefärbt, ließen erkennen, dass sie fast ausschließlich aus eosinophilen Zellen bestehen. Verf. schließt seine Mittheilung mit dem Hinweis, dass in allen Fällen, in denen die Charcot-Leyden'schen Krystalle gefunden sind (in Blut, Milz, Knochenmark Leukämischer, bei Bronchitis, Asthma und im Nasenschleim), später die eosinophilen Leukocyten entdeckt wurden, und dass das gemeinsame Vorkommen den Gedanken an einen Zusammenhang beider nahe legt. **Roenick** (Berlin).

---

7. **Fr. Schetly.** Untersuchungen der Magenfunktion bei Phthisis pulmonum tuberculosa.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 3.)

Bei der Wichtigkeit der diätetischen Behandlung der Lungenphthisiker einerseits und der Schwierigkeit andererseits, auf welche dieselbe bei den Kranken wegen ihrer gastrischen Beschwerden, Appetitlosigkeit und dergleichen stößt, erscheint es doppelt nothwendig, die Funktionen des Magens direkt zu untersuchen, was bisher nur noch in geringem Maße geschehen. Verf. hat auf der Basler Klinik des Herrn Prof. Immermann die Magenthätigkeit von 25 Phthisikern, 12 Männern und 13 Weibern untersucht mit mög-

lichster Auswahl, um leichtere wie schwerere, beginnende und protrahirte, afebril und hyperpyretisch verlaufende Fälle berücksichtigen zu können. Er bediente sich dabei sowohl der gewöhnlichen Probemahlzeit, als auch eines Probefrühstücks, bestehend aus dem Weißen von zwei harten Eiern und 100—150 g Wasser, welches der Pat. nüchtern nehmen musste. Geprüft wurde auf Salzsäure, Milchsäure, ev. Essigsäure und auf peptische Kraft. Verf. fand nun bei dem Probefrühstück in allen Fällen saure Flüssigkeit im Ausgeheberten, mit deutlichen HCl-Reaktionen, von normaler Aciditätshöhe, oft sogar von erhöhter, sogar bei vorgeschrittenen Fällen mit morgendlichem Fieber. Eben so war die verdauende Kraft bei allen normal. Bei der nachmittäglichen Ausspülung, 6 Stunden nach der Probemahlzeit, fand Verf. den Magen fast immer leer, nur bei 3 Fällen geringe Mengen flüssigen Inhalts, ohne Speisereste, die theils neutral waren, theils deutliche Salzsäurereaktion ergaben. Auch hier ließ sich keine Abhängigkeit vom Fieber oder der Intensität des Krankheitsprocesses selbst nachweisen. Allerdings waren die gastrischen Beschwerden in den meisten Fällen nur auf Widerwillen gegen die Nahrung beschränkt, in den anderen fehlten sie völlig und der Appetit war gut. Aus dem Resultat der nachmittäglichen Ausspülungen schließt Verf. auf die motorische Sufficienz der untersuchten Mägen. Es erhellt daraus, dass den subjektiven dyspeptischen Beschwerden keineswegs ein Magenkatarrh mit verminderter Sekretion zu Grunde liege, in jedem Falle sei daher mit Rücksicht auf die einzuschlagende diätetische Behandlung eine direkte Untersuchung der Magenfunktion vorauszuschicken.

Honigmann (Gießen).

---

8. F. Moritz. Die Verdeckung der Salzsäure des Magensaftes durch Eiweißkörper. (Aus dem Laboratorium des klin. Instituts zu München.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 2 u. 3.)

Seit der Einführung der Reaktionen auf freie Salzsäure in die Diagnostik der Magenkrankheiten, sind die Verhältnisse, unter denen eine Verdeckung derselben durch andere Bestandtheile des Mageninhaltes vor sich gehen kann, näherer Beachtung unterzogen worden. Von den hierbei vorkommenden, Mucin, saurem Natriumphosphat, Leucin, Tyrosin u. dgl., lässt sich bei der indifferenten Menge derselben absehen; in Betracht kommen nur die Eiweißkörper, deren »Verdeckungsfähigkeit« Verf. durch eine Reihe von Versuchen an einem normalen Individuum und im Reagensglase mit verschiedenen Magensäften untersucht hat. Es wurden einem gesunden Manne ohne Zuspeise und Getränk 1 Pfund gehacktes in wenig Fett gebratenes Fleisch in den nachgewiesen leeren Magen gegeben und in stündlichen Intervallen Proben des Speisebreies von ca. 30 ccm Menge entnommen, auf HCl mit Congo, Tropäolin, Phloroglucin-Vanillin untersucht, die Säuremenge durch Titration eventuell nach Aus-

schüttelung der organischen Säuren durch Äther, die Eiweißkörper durch Kjeldal'sche Analyse, und die Salze durch Trocknen und Veraschung bestimmt. Verf. erhielt nun Salzsäurereaktion erst in der 4. Stunde, während die quantitativen Bestimmungswerthe der HCl in beiden Versuchen ganz, bezw. annähernd gleich waren. Dagegen war die relative Eiweißmenge in der 3. Stunde gerade das Doppelte von dem in der vierten. Besonders interessant war es, dass die HCl-Werthe sogar einem hyperaciden Magensaft entsprachen. Bei einer zweiten Versuchsreihe, in der eine eiweißarme Nahrung — Kartoffelbrei — gegeben wurde, trat die Säurereaktion in großer Stärke dem entsprechend schon in der zweiten Stunde auf. Schließlich ließ Verf. noch eine Reihe starke HCl-Reaktion gebender Magensäfte auf eine überschüssige Menge ausgewaschenen Fibrins wirken bis zum Aufhören der Farbstoffreaktion und bestimmte die vorhandene Pepton- und HCl-Menge. Die Nachweisbarkeit der HCl durch Farbstoff oder Phloroglucin hörte bei einem Verhältnis von Eiweiß zu HCl auf, das zwischen 8 : 1 und 12 : 1 stand. Er kommt dabei zu demselben Schluss, den v. Noorden und Honigmann aus Untersuchungen an carcinomatösen Säften und künstlichen Verdauungsgemischen gezogen, nämlich dass das Ausbleiben der Reaktion bei Carcinom durch ein Missverhältnis zwischen Eiweißstoffen und Salzsäure bedingt sei, das jedoch auf Rechnung der Verringerung letzterer, nicht der Anhäufung ersterer komme.

Wenn Verf. daher zum Schluss bemerkt, dass seine Untersuchungen für die Brauchbarkeit der Salzsäurereagentien keine neuen Gesichtspunkte eröffnen, so kann ihm nur Recht gegeben werden — allerdings ist es andererseits heut zur richtigen Würdigung derselben noch nöthig, wiederholt darauf hinzuweisen, dass der Werth der Reaktionen gerade in ihrem Vermögen, die freie HCl nachzuweisen, beruhe, und dass gerade aus diesem sich die Rückschlüsse zur Beurtheilung der Sekretionsfähigkeit und Verdauungstüchtigkeit im Allgemeinen ergeben. **Honigmann** (Gießen).

---

9. **P. Marie.** L'acromégalie: étude clinique.

(Progrès méd. 1889. No. 11.)

Seit seiner ersten Publikation in der Revue de méd. im Jahre 1886 hat M. Gelegenheit gehabt, 4 neue Fälle von Akromegalie zu beobachten und die Autopsie an einem der in obiger Arbeit beschriebenen Kranken auszuführen. (Der Befund der letzteren ist im vergangenen Jahre von Broca veröffentlicht worden.) Mit Rücksicht nun auf seine erweiterten Erfahrungen und die gesammten einschlägigen Beobachtungen anderer Forscher schildert M. den Symptomenkomplex der Akromegalie wie folgt. Charakteristisch für die Erkrankung ist die Hypertrophie der Extremitäten (Hände, Füße, Kopf); die Hände sind, wenn auch ziemlich proportionirt, enorm groß, die Finger wurstförmig, die Hautfalten bilden starke Wülste; die Hyper-

trophie erstreckt sich nicht allein auf die Knochen, sondern auch auf die Weichtheile, ganz besonders auf die Gegend des Hypothenar. Die Nägel sind abgeplattet, verbreitert, aber kürzer und erscheinen oft zu klein in Folge der Volumenszunahme der Finger. Das Handgelenk ist meist auch vergrößert, aber in geringerem Maße wie die Hand; der Vorderarm ist nur selten und dann auch nur im untersten Abschnitt mit betroffen.

An den Füßen zeigen sich dieselben Erscheinungen. Die Achillessehne kann vergrößert sein. Die Malleolen weisen fast stets eine mehr oder minder beträchtliche Volumenszunahme auf, eben so, wenn auch in schwächerem Grade, die angrenzenden Partien des Unterschenkelknochens. Das Volumen des gesammten Beines ist meist nicht vergrößert, das Knie springt öfters etwas vor in Folge von Vergrößerungen der Kniescheibe und der Kondylen des Femur.

Am Gesicht macht sich die Volumenszunahme besonders an den hervorspringendsten Theilen bemerkbar. Der Schädel ist in der Form und den Dimensionen wenig verändert, das Gesicht dagegen in der vertikalen Richtung verlängert. Die Stirn ist gewöhnlich niedriger, die Ränder der Orbita prominiren stark, die Augenlider sind bald verlängert, bald verdickt, ihre Knorpel hypertrophirt. Die Nase ist im Ganzen stark vergrößert, zeigt öfters die Form der Stülpnase. Die Wangen sind platt und verlängert. Die Backenknochen sind prominent und voluminös (wofür jedoch nicht die Hypertrophie der Knochen, sondern die Dilatation der Sinus maxill. verantwortlich zu machen ist). Die große Unterlippe mit ihrer starken Prominenz und ihrer nach außen gekehrten Schleimhautfläche giebt den Kranken jenes für das Leiden charakteristische Aussehen. Die Oberlippe kann etwas vergrößert sein. Das Kinn ragt nach unten und außen stark hervor und weist wie der gesammte Unterkiefer beträchtliche Volumenszunahme auf. (Bei Nichtbetheiligung des Oberkiefers entsteht dann das Bild des Prognathentypus.) Die Zähne stehen in Folge des Wachsthums des Unterkiefers von einander ab. Die Zunge erreicht häufig die doppelte Größe der normalen. In Bezug auf die Ohren erweist sich die Hypertrophie inkonstant.

Die Wirbelsäule ist meist im oberen Theil der Dorsalregion kyphotisch (der Kopf sitzt in den Schultern), öfters besteht auch ein gewisser Grad von Skoliose oder im Lendentheil eine gewissermaßen kompensatorische Lordose. Die Wirbel sind stark hypertrophisch.

Der Hals ist dick, breit und kurz (das Kinn ruht auf dem Sternum). Die Schilddrüse erscheint in einigen Fällen atrophisch. Der Thorax bietet mannigfaltige Veränderungen dar; in ausgesprochenen Fällen ist er an den Seiten abgeplattet und nach vorn und hinten hervorgewölbt. Die Gelenke prominiren, sind öfters der Sitz von Knotenbildungen, Krepitationsgeräuschen und lebhaften Schmerzen.

Die Muskeln können ihre normale Kraft bis in das vorgeschrittenste Stadium des Leidens beibehalten; dagegen sind sie in einigen Fällen frühzeitig schlaff und kraftlos.

Von den Symptomen der sensiblen Sphäre sind die fast stets vorhandenen heftigen Kopfschmerzen neben den oben erwähnten Gelenkschmerzen hervorzuheben. Von den Sinnesorganen ist in einer vorgerückten Periode besonders das Gesicht betroffen; neben leichten Sehstörungen findet sich selbst völlige Blindheit, verursacht durch Druck eines Tumors der Hypophysis auf den Tract. opt.

Die Haut ist gewöhnlich schlaff, auch trocken und von gelbbrauner Farbe. Die Haare sind dick und kräftig.

Der Larynx zeigt ein vergrößertes Volumen; die Stimme ist kräftig und tief. In Bezug auf den Digestionsapparat sind die Befunde inkonstant. Häufig findet sich unersättlicher Hunger und unstillbares Durstgefühl. Die Harnsekretion ist oft sehr gesteigert. Vom Cirkulationsapparat ist die häufige Volumensvergrößerung des Herzens und die fast konstante Neigung zu venösen Stauungen (Varicen, Hämorrhoiden) zu erwähnen. Von Seiten der Genitalsphäre sind die Abnahme des Geschlechtstriebes, die bis zum Erlöschen derselben führen kann und beim Weibe das Aufhören der Menstruation, das vielfach als ein Initialsymptom der Erkrankung zu betrachten ist, fast konstante Symptome.

Die Psyche ist meist intakt; die Stimmung häufig sehr gedrückt.

Die Dauer der Krankheit schwankt zwischen 20—30 Jahren und noch darüber hinaus. Der Beginn derselben datirt, so weit die bisherigen Erfahrungen reichen, vom 20.—26. Lebensjahre. Als sichere Initialsymptome sind bisher nur das Cessiren der Menses und der Kopfschmerz zu betrachten. Gegen Ende des Leidens tritt eine progressive Kachexie auf, die den Kranken dauernd zur Bettruhe zwingt. Der Tod erfolgt in der Regel durch Erschöpfung.

In Bezug auf die Differentialdiagnose bringt Verf. nichts Neues. Ref. weist hierbei auf die diesbezüglichen Aufsätze von Erb, Freund, Virchow und das Original hin.

Die Ätiologie ist noch unklar. M. glaubt nicht an irgend welche hereditäre Einflüsse.

Das Geschlecht spielt keine Rolle; das Verhältnis der Geschlechter in den bisher bekannten Fällen ist ein gleiches.

Bei den spärlichen bisherigen Sektionsbefunden ist die pathologische Anatomie des Leidens noch nicht sichergestellt. Broca fand in dem Anfangs erwähnten Falle an den Knochen starke Hypertrophie besonders der Spongiosa. In allen betroffenen Organen fand sich einfache Hypertrophie. Als sonstige konstante Merkmale müssen Hypertrophie der Hypophysis mit Dilatation der Sella turcica, Erhaltenbleiben der Thymusdrüse, Hypertrophie des Sympathicus und seiner Ganglien betrachtet werden.

Zum Schluss sei noch bemerkt, dass M. die beiden bekannten Fälle Friedreich's und den Fall Fräntzel's — allerdings ohne Angabe von Gründen — nicht für solche von Akromegalie anspricht.

A. Neisser (Berlin).

---

10. **V. Cervello e G. Caruso-Pecoraro.** Sul potere diuretico della caffeina associata agli ipnotici.

(Sicilia med. 1889. Januar 1. p. 3.)

Angeregt durch die vorzüglichen Experimentaluntersuchungen v. Schröder's über die diuretische Wirkung des Kaffeïns versuchten C. und C.-P. dieses Mittel in der Klinik zu Palermo an einigen Pat. Sie beschreiben zuerst einen Fall von einem 40jährigen Pat. mit massenhaften intraperitonealem Exsudat, entstanden durch venöse Stauungen in Folge von Herzfehler. Die Kombination von Kaffeïn mit Paraldehyd, wie sie v. Schröder in seinen Thierversuchen benutzt hatte, bewies auch bei diesem Pat. ihren Effekt, indem die vorher 900 ccm betragende Harnmenge den ersten Tag nach der Medikation auf 1690 ccm und am 11. Tag sogar auf 2100 ccm täglich gestiegen war, wobei der Ascites beträchtlich abnahm. Ähnlich günstig wurden die Ödeme und die hydropischen Ergüsse eines 22jährigen ebenfalls herzkranken Individuums beeinflusst. Bei einem an chronischer diffuser Nephritis Leidenden mit starken Ödemen besserte sich ebenfalls der Zustand durch die Kaffeïn-Paraldehydmedikation bedeutend, indem die tägliche Harnmenge sich von vorher 800 ccm auf schließlich 2025 ccm erhob. Eben so günstig war die Wirkung bei einem zweiten ähnlichen Falle von Nephritis. Auch bei serös-fibrinöser Pleuritis mit abundantem Exsudat ohne Tendenz zur Resorption habe das Kaffeïn in Verbindung mit Paraldehyd die Resorption herbeigeführt.

Das Paraldehyd gaben C. und C.-P. entweder in Kapseln oder als Mixtur zu 2—3 g auf 2—3mal, das Kaffeïn zu 0,25—0,5. Das Paraldehyd wurde immer gegen Abend gegeben, damit der Paraldehydschlaf zeitlich mit dem natürlichen zusammenfiel.

Bei Ascites in Folge von Lebercirrhose trat in Übereinstimmung mit den allgemeinen klinischen Erfahrungen der günstige diuretische Effekt des Kaffeïns indessen nicht ein.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

11. **R. Winternitz.** Quantitative Versuche zur Lehre über die Aufnahme und Ausscheidung des Quecksilbers.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 3 u. 4. p. 225.)

Durch diese interessante Arbeit W.'s sind wir im Stande die verschiedenen Methoden der Quecksilberbehandlung in Anbetracht ihres praktischen Werthes vergleichend zu beurtheilen, Dank der von W. ausgearbeiteten ganz zuverlässigen, quantitativen Bestimmungsmethode speciell für die außerordentlich kleinen Mengen Quecksilber, um deren Bestimmung es sich im Harne handelt.

Das Princip dieser unter Prof. F. Hofmeister's Leitung im Prager pharmakologischen Laboratorium festgestellten und durch Kontrollversuche geprüften Methode beruht auf Amalgamirung von sehr feinem Kupferdrahtnetz durch den längeren Kontakt mit dem quecksilberhaltigen Urin, welcher mit Salzsäure bis zu mindestens 4% versetzt, durch die Kupferspiralen ganz langsam hindurch filtrirte.

Nach zweimaliger solcher Filtration des Harns wurde aus den zuvor getrockneten nun zum Theil amalgamirten Spiralen das Quecksilber durch Ausglühen derselben in einem passend chargirten Verbrennungsrohre (unter Durchleitung eines trockenen Kohlensäurestromes zur Vermeidung der Entstehung von Quecksilberoxyd) durch Sublimation in wägbare Form übergeführt. Um ein Entweichen von Quecksilberdämpfen bei der Sublimation durch die Vorlage zu verhindern, sind in diese an ihrem freien Ende einige Blättchen Blattgold in Form eines mäßig festen Pfropfes eingeführt. Bezüglich der Details der mühevollen Ausführung derartiger Bestimmungen ist die Originalabhandlung nachzusehen.

Die untersuchten Harne stammten von Pat., welchen das Quecksilber auf vier verschiedene Weisen einverleibt worden war, und zwar 1) durch Einreibung der gewöhnlichen grauen Salbe, 2) durch Injektion von in Öl suspendirtem Kalomel 0,05 wöchentlich in die Glutäalgegend; 3) durch interne Behandlung mit 0,06 besser noch nach 0,1—0,15 täglich oder mit Protojoduret 0,02 täglich; 4) durch Sublimatberieselung großer Operationswunden.

Die von W. mitgetheilten Versuchstabellen lehren, dass die Ausscheidung von Quecksilber durch den Harn sich stets innerhalb sehr enger Grenzen hält. Im höchsten Falle wurde 0,0028 g im Liter Harn gefunden.

Beim Menschen muss die tägliche Quecksilberausscheidung, wenn keine Spur von Intoxikation vorhanden ist, auf höchstens 2—3 mg geschätzt werden.

Die Ausscheidungsgröße des Quecksilbers ist gleich derjenigen der anderen Schwermetalle, so weit es sich um unter ähnlichen Verhältnissen gewonnene Zahlen handelt, auch stets eine sehr geringe.

Der praktisch wichtigste Schluss über die Anwendungsformen des Quecksilbers und ihren Einfluss auf dessen Ausscheidung ist, dass die subkutane und, wenn auch in geringerem Maße, die innere Verabreichung mit größerer Sicherheit ein Übertreten wägbarer Quecksilbermengen in den Harn veranlassen, als die Inunktionen und die Irrigation von Wundflächen; ceteris paribus muss bei ersteren beiden Verfahren auch eine stärkere Resorption stattgefunden haben, und spricht dies auch für die neueren Tendenzen in der Syphilistherapie gegenüber der alten Inunktionskur.

Die Ausscheidungsform des Quecksilbers im Harn scheint entweder die als Salz zu sein oder einer schon in der Kälte durch Salzsäure leicht zerlegbaren Verbindung, da seine Ausscheidung durch Amalgamirung unter denselben Verhältnissen gelingt, wie bei Harn, welchem man Sublimat zugesetzt hat.

Die Frage, ob nicht vielleicht daneben auch metallorganische Verbindungen des Quecksilbers (ähnlich wie beim Eisen) zur Ausscheidung gelangen, so wie die Abhängigkeit der Ausscheidung von der Menge des im Organismus aufgespeicherten Metalls hofft W. durch spätere Versuche noch klarzulegen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

Kasuistische Mittheilungen.

12. Marie Raskin. Klinisch-experimentelle Untersuchungen über Sekundärinfektion bei Scharlach.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. V. No. 13 u. 14.)

Gelegentlich bakteriologischer Verarbeitung von 92 Scharlachfällen hat Verf. auch zahlreiche Beiträge zur Kenntnis der Sekundäraffektionen beim Scharlach geliefert. Seitdem Löffler bei der Scharlachdiphtherie, Fraenkel und Freudenberg aus den inneren Organen bei Scharlach den Streptococcus pyogenes kultivirt haben, ist dieser Befund so häufig erhoben worden, dass Babes neuerdings sogar die Frage zur Erörterung stellte, ob der Streptococcus nicht in ursächlichem Zusammenhang zum Scharlach stehe. Auch Verf. konnte diesen Befund bestätigen: in 22 Fällen kultivirte sie den Streptococcus aus dem Blut — sogar intra vitam! —, dem Eiter, diphtheritischen Membranen, Gelenkentzündungen, bronchopneumonischen Herden, den verschiedenen inneren Organen; nur selten fand er sich in den Schuppen, nie in der Haut (außer bei komplicirendem Erysipel). Sehr häufig wurde ausschließlich der Streptococcus gefunden, in einzelnen pathologischen Produkten, wie dem Eiter bei Otitis media, den diphtheritischen Auflagerungen, den bronchopneumonischen Herden aus leicht begreiflichen Gründen gemeinsam mit anderen Bakterien. Nur für 2 Fälle von Septikämie resp. Pyämie war ein anderes Bakterium verantwortlich zu machen.

Die genaue Untersuchung des »Scharlachstreptococcus« ergab zwar gewisse biologische Eigenthümlichkeiten, doch betrachtet ihn Verf. doch nur als Abstufung des bekannten Streptococcus pyogenes, indem sie annimmt, dass durch das Wachsthum in schon vorher erkrankten Geweben die biologischen Eigenschaften des letzteren im Einzelfall in gewisser Richtung beeinflusst werden können. Als ein interessanter Beitrag zu der alten Frage über die Identität des Streptococcus pyogenes und erysipelatos wäre auch hierbei zu erwähnen, dass in 2 Fällen von einer Otorrhoe, so wie einmal von einer vereiterten Lymphdrüse aus sich ein Erysipel entwickelte.

Einen Kausalnexus zwischen dem Streptococcus pyogenes und dem Scharlach zurückweisend, erklärt Frau R. seine so konstanten Beziehungen zu den bösartigen Komplikationen des Scharlachs dadurch, dass die intensive primäre Entzündung des Rachens überhaupt die günstigste Gelegenheit zur Sekundärinfektion giebt, der Reichthum desselben an Lymphräumen speciell der Wucherung des Streptococcus günstig ist, und derselbe außerdem in dem scharlachkranken Organismus eine besondere Virulenzzunahme erfährt. **H. Neumann** (Berlin).

13. M. Litten. Über circumscripte gitterförmige Endarteritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 8.)

Außer durch Embolie kann bekanntlich unter Umständen Verschluss einzelner Arterien stattfinden durch autochthone Thrombose, und zwar besonders bei Arteriosklerose. Gegenüber diesen häufiger zur Beobachtung kommenden Formen von Arterienthrombose beschreibt der Verf. einige Fälle, bei welchen die Verlegung des Lumens veranlasst erschien durch eine eigenthümliche gitterförmige Endarteritis, welche nur ein ganz kurzes Stück des Arterienrohres ergriffen hatte, während das übrige Gefäßsystem intakt war. Es handelte sich dabei »um einen die ganze Cirkumferenz des Gefäßrohres an der erkrankten Stelle umfassenden Verlust des Endothels der Intima mit Neubildung faseriger Bindegewebszüge und einem zarten Lager neugebildeter Zellen, welche Spindel- und Sternform haben«. Die an diesen Zellen gebildeten Thromben waren immer durchaus weiße, also im cirkulirenden Blut entstandene. Zweimal beobachtete L. diesen Process in der Arteria mesaraica superior mit sekundärem zum Tode führenden hämorrhagischen Infarkt des Dünndarmes, einmal in der linken Arteria fossae Sylvii, außerdem einige Male in Ästen der Lungenarterie. Die Ätiologie ist unbekannt. Jedenfalls handelt es sich aber, im Gegensatz zu der gewöhnlichen Atheromatose, um eine lokale Affektion. Der Verf. vermuthet eine Läsion der Vasa vasorum. **F. Neelsen** (Dresden).

14. Nonne und Höpfner. Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie der Trichinenerkrankung. (Aus dem allgem. Krankenhause zu Hamburg. — Dr. Eisenlohr.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 5 u. 6.)

Während einer Trichinenepidemie in der Hafengegend Hamburgs im Sommer 1887 hatten die Verff. Gelegenheit außer anderen, von früheren Epidemien her bekannten Erscheinungen, die in Beziehung zum allgemeinen Krankheitsbild stehen, an einzelnen Fällen bis jetzt weniger bekannte Veränderungen zu beobachten und methodisch zu untersuchen.

Zunächst gehört hierher der Nachweis von Albuminurie in 8 Fällen (17%), deren Fehlen von allen Forschern bisher geradezu betont wurde. Mit der Rekonvalescenz schwand die Albuminurie nach und nach; nur in einem Falle, bei welchem die Harnelemente der akuten Nephritis gefunden wurden, dauerte sie gegen 9 Monate. Die Albuminurie wurde nur in schweren Fällen der Krankheit beobachtet, war vom Fieberstadium unabhängig.

Die genauere Prüfung des Nervenmuskelapparates in 27 Fällen ergab zunächst, dass bei einer nicht geringen Zahl (ca. 60%) der Trichinenkranken die sonst bei Gesunden fast ausnahmslos zu erzeugenden Sehnenphänomene, insonderheit der Triceps- und Patellarreflex, fehlen. Dieser Ausfall dauerte längere oder kürzere Zeit, betraf beide Extremitäten oder war einseitig, ging stets mit Nachlass der Krankheit zurück, zuerst langsam, dann schneller. Steigerung der Sehnenphänomene wurde nie beobachtet. Die Hautreflexe verhielten sich normal.

Anomalien der elektrischen Erregbarkeit bestanden in manchen Fällen, waren nie hochgradig, beschränkten sich meist auf quantitative Störungen in Form einer Herabsetzung der indirekten und direkten faradischen Erregbarkeit, derart, dass die Herabsetzung des letzteren stets beträchtlicher war. In dem schwersten Falle wurde zugleich an den meisten Nerven eine mehr oder minder erhebliche einfache Herabsetzung der indirekten galvanischen Reaktion gefunden, gleichzeitig an den weitaus meisten Muskeln einfache quantitative Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit auf direktem Wege, ohne Änderung der Zuckungsform.

Die anatomische Untersuchung am motorischen Nervenapparat in 3 Fällen ergab ein negatives Resultat. Das mikroskopische Verhalten der Muskeln schloss sich dem von Zenker, Fiedler u. A. geschilderten genau an. Hypertrophische Muskelfasern zwischen den normalen haben die Verff. nicht gesehen. Dagegen konstatirten sie die von Hepp, Unverricht, Wagner u. A. bei Typhus, Lungentuberkulose, Pseudohypertrophie, Thomsen'scher Krankheit und akuter Polymyositis gesehenen und von Schulze und Schäffer auch in der Umgebung von Tumoren am Muskel wiedergefundenen Vacuolen der Muskelfaser, nicht gerade zahlreich aber ziemlich regelmäßig vertheilt in 2 genauer untersuchten Fällen.

G. Sticker (Köln).

15. Voparil. Ein Fall von eitriger Gelenkentzündung im Sekundärstadium der Syphilis.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 5.)

16. Trost. Beitrag zu den Erkrankungen der Gelenke und Schleimbeutel im Verlaufe der Syphilis.

(Ibid. No. 15—17.)

Syphilitische Gelenkaffektionen sind an und für sich selten, der Fall V.'s verdient aber noch ein besonderes Interesse, weil er der erste in der Litteratur ist, wo eine eitrige Gelenkentzündung bei sekundärer Syphilis konstatirt wurde. Bei einem 26jährigen Soldaten, welcher deutliche syphilitische Haut- und Lymphdrüsenaffektionen zeigte, stellten sich während des Verlaufes einer antiluetischen Kur (zuerst Kalomelinjektionen, dann Einreibungen) plötzliche heftige Schmerzen in beiden Ellbogengelenken ein, hierzu kam Schüttelfrost, hohes Fieber und in wenigen Stunden Exsudatansammlung. Natr. salicyl. erwies sich als wirkungslos. Durch Incisionen wurden große Mengen übelriechenden Eiters entleert. Im späteren

Verlauf kam es zu großen operativen Eingriffen, wodurch allerdings beide Gelenke ankylotisch wurden. Verf. glaubt, dass die veranlassende Ursache zur Entstehung dieser Gelenksentzündung in der mit der begonnenen Schmierkur verbundenen größeren Inanspruchnahme und Insultirung der Gelenke zu suchen sei. Leider war diese Kur nach Auftreten der Gelenkaffektionen nicht fortgesetzt worden, sonst wäre vielleicht das therapeutische Resultat ein besseres gewesen. —

T. theilt mehrere Fälle von Gelenksyphilis im sog. sekundären Stadium mit, der Erguss war stets ein seröser, betroffen waren Knie- und Hüftgelenk. Der Ausgang immer ein günstiger. Die Erkrankungen der Schleimbeutel im Verlaufe der Syphilis sind namentlich selten in der ersten Zeit nach stattgehabter Infektion. Verf. sah drei derartige Fälle, wo einmal die Geschwülste am rechten und linken Olecranon, die beiden anderen Male in der Kniekehle saßen. Unter antisyphilitischer Therapie trat ebenfalls vollkommene Heilung ein. **Joseph** (Berlin).

17. **F. Ph. Küthe.** Fistula entero-vesicalis en fistula entero-tubaria.

(Weekblad v. h. Ned. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 21.)

Ein 25jähriger Mann leidet längere Zeit an Durchfall. Auf einmal bemerkt er, dass am Ende jeder Harnentleerung Gase zum Penis heraustreten. Alsbald wird auch Darminhalt mit dem Harn entleert. Wahrscheinlich liegt die Kommunikation im Bereich des Ileum, weil Opiate das Austreten von Darmflüssigkeit in der Blase nicht verhinderten, obwohl der Stuhl angehalten ist. Kolotomie konnte also in diesem Falle nichts nützen. Direkte operative Verschließung der Kommunikation schien also das einzige Rettungsmittel zu sein. Weil der Betreffende Syphilitiker war, wurde versuchsweise eine antiluetische Kur eingeleitet, die gegen alle Erwartung mit günstigem Erfolg gekrönt worden ist. Im folgenden Jahre hatte der Mann ein Recidiv, das von Neuem und zwar nunmehr für 7 Jahre unter Anwendung von Quecksilber und Jodkalium geheilt ist.

Die Fistula entero-tubaria machte sich kennbar durch den Abgang von Gasen und erodirender Flüssigkeit per vaginam. Die Exkoriationen an den Oberschenkeln besserten sich regelmäßig während der Menstruation. Die Diagnose wurde hier sichergestellt durch Einführung verschiedener (mit Bleisalz etc. befeuchteten) Tampons in die Vagina. Die Reaktion des Schwefelwasserstoffes war immer unzweideutig. Geringe Besserung konnte hier erzielt werden durch tägliche Einführung von Jodoformstäbchen. **Feltkamp** (Amsterdam).

18. **Pleiner.** Über die Entstehung der Luftröhrenverengerungen bei tracheotomirten Kindern.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 1.)

Ein $3^1/_2$jähriges Kind, welches 2 Jahre zuvor tracheotomirt worden war, musste wegen des Auftretens suffokatorischer Anfälle dauernd die Kanüle tragen. Anfälle mit exspiratorischer Dyspnoe traten schließlich auch bei liegender Kanüle auf, und einem derartigen Anfall erlag das Kind.

Es wird nun der sehr interessante Obduktionsbefund mitgetheilt und durch eine Zeichnung erläutert. Bezüglich desselben verweisen wir auf das Original.

Dieser Fall veranlasst den Verf., die Genese der Luftröhrenverengerungen genauer zu besprechen.

Das Hauptsymptom derartiger Trachealstenosen ist bekanntlich das jedesmalige Auftreten von Erstickungsanfällen bei Versuchen, die Kanüle zu entfernen. Verf. hat in einer früheren Arbeit eine Eintheilung der verschiedenen Formen der Trachealstenosen auf pathologisch-anatomischer Grundlage gegeben und wendet sich nun zur Besprechung derjenigen Verengerungen, welche direkt durch die Tracheotomie und die Trachealkanüle verursucht werden. Trotz richtiger Schnittführung und passend gewählter Kanüle können im oberen und unteren Wundwinkel Granulationswucherungen sich bilden, welche der späteren Entfernung der Kanüle ein Hindernis bereiten.

Nicht minder folgenschwer sind die Veränderungen der Trachealknorpel und Trachealwände bei zu großen, zu kleinen oder nicht median gelegenen Schnitten,

Veränderungen, die außerdem noch hervorgerufen werden können, durch eine unpassend gewählte Kanüle. Verf. hat diese Verhältnisse an Schnittpräparaten durch Kehlkopf und Luftröhre tracheotomirter Kinder studirt und gefunden, dass in größerer oder geringerer Ausdehnung der Knorpel an den Schnittenden nekrotisch wird oder eine falsche Stellung annimmt. Wird nun der nekrotische Knorpel ausgestoßen, so heilt der Defekt zunächst durch Granulationen und später durch Narbengewebe.

Zum Schluss betont Verf. die relative Häufigkeit der Trachealstenosen nach Operationen, welche nicht in Krankenanstalten ausgeführt wurden, sondern auswärts unter schwierigen Verhältnissen bei ungenügender Assistenz, und räth, gerade nach derartigen Operationen in den ersten Tagen die anatomischen Verhältnisse genau zu kontrolliren, um auf Grund der pathologisch-anatomischen Erfahrungen dem Entstehen der Trachealstenosen prophylaktisch entgegenzutreten.

P. Meyer (Berlin).

19. Bard. Nature et prophylaxe de la bronchopneumonie des rubéoligues.

(Lyon méd. 1889. Januar.)

B. theilt die Beobachtungen aus einer Masernepidemie mit. Während ein großer Theil der Masern gutartig und von leichtem Verlauf war, konnte Verf. 12 Fälle aussondern, bei denen eine Kontinuität der Ansteckung nachzuweisen war. Diese Fälle traten theils von Anfang an mit Bronchopneumonie auf, theils wurden die Kinder im Desquamationsstadium befallen und diese Fälle zeigten, wie dies ja bei Komplikation mit Bronchopneumonie die Regel, schweren, theilweise tödlichen Verlauf.

B. ist der Ansicht, dass man es hier mit einer Sekundärinfektion zu thun habe, welche die Ätiologie für die Pneumonie abgiebt. Bakteriologische Untersuchungen, welche die Ansicht erhärten könnten, stehen aus.

Auf diese Anschauung hin giebt Verf. den Rath, in Krankenanstalten die mit Bronchopneumonie komplicirten Fälle von den einfachen Masern zu trennen.

Es scheint mir etwas verfrüht, auf Grund einer vereinzelten Beobachtung und auf Grund vorerst noch hypothetischer Anschauungen derartig einschneidende, prophylaktische Maßregeln zu treffen. **P. Meyer** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

20. Wille. Die chemische Diagnose der Magenkrankheiten und die daraus resultirenden therapeutischen Grundsätze.

München, J. A. Finsterlin, 1889. 62 S.

Das Werk enthält eine kurze Beschreibung der Physiologie der Verdauung, der Untersuchung des Mageninhaltes nach den neueren Methoden, so wie Bemerkungen über die chemische Diagnostik und Therapie einzelner Magenerkrankungen. Einige Verbesserungen, von denen Ref. die wichtigsten hervorheben möchte, würden einer eventuellen zweiten Auflage des Werkchens sicherlich zum Vortheil gereichen. So fehlt bei der Prüfung der motorischen Thätigkeit des Magens die Angabe der von Klemperer eingeführten Ölmethode, die, wenn auch nicht vollkommen einwandsfrei, doch sicherlich wenigstens eine Erwähnung verdient. Die Beschreibung und Abbildung eines vom Verf. angegebenen Eiweißbohrers zur Herstellung von Eiweißscheibchen für Verdauungsversuche erscheint überflüssig, da ein abgeschnittener Federkiel den angegebenen Zweck vollkommen erfüllt. Ob Abbildungen eines Scheidetrichters, graduirter Büretten, eines Brütofens etc. für praktische Ärzte nothwendig sind, erscheint Ref. mindestens fraglich. Ein ernsteres Bedenken hat Ref. gegen die Eintheilung der Degeneration der Magendrüsen in eine fettige (durch toxische Einflüsse bedingte), amyloide und »Atrophie der Magenschleimhaut«, da ja gerade, wie bereits Fenwick hervorgehoben, und auch aus des Ref. eigenen Untersuchungen sicher feststeht, die zur Anadenie des Magens (Ewald) führende Phthisis ventriculi (bisher Atrophie der Magenschleimhaut ge-

nannt, Ref.) durch fettige Degeneration der Drüsenzellen der Magenschleimhaut entsteht. G. Meyer (Berlin).

21. E. Baierlacher. Die Suggestivtherapie und ihre Technik.

Stuttgart, Ferd. Enke, 1889. 57 S.

B.'s Versuch, über die Suggestivtherapie und deren Technik eine kleine Abhandlung zu schreiben, darf keineswegs so aufgefasst werden, als ob der Verf. damit einige feststehende Regeln angeben wollte, deren Befolgung genügte, um erfolgreich die suggestive Behandlung ausüben zu können. Derartige Vorschriften lassen sich bei einer Therapie, die den mannigfaltigsten individuellen Schwankungen unterliegt, in schematischer Form nicht geben. Dennoch dürfte das kleine Buch Manchem als Wegweiser willkommen sein, der freilich eigene Erfahrung. — wie B. selbst annimmt — nicht ersetzen kann. B. unterscheidet in der Hypnose zwei Momente: 1) den Schlaf, 2) die Suggestibilität; auf die letztere kommt es wesentlich an. Trotz dieser theoretischen Trennung identificirt der Autor öfter die Begriffe Schlaf und Hypnose; so z. B. bei Fall 4 seiner Kasuistik, wo doch nach der ganzen Darstellung gar nicht von Schlaf die Rede sein kann. Wenn auch die tiefen Hypnosen mit dem Schlaf die größte Verwandtschaft haben, so ist doch bei den leichten kaum eine Erscheinung zu finden, die an den Schlaf erinnert, und B. würde besser in diesen Fällen das Wort »Schlaf« gänzlich vermeiden, wenn die bereits bestehende Begriffsverwirrung endlich aufhören soll.

B.'s Kasuistik liefert verschiedene Beispiele von günstiger Wirkung der Suggestivbehandlung bei rheumatischen und neuralgischen Schmerzen, bei Chorea etc. An einzelnen Stellen sollten die Krankengeschichten etwas genauer sein; so ist z. B. bei Fall 15 über die Dauer der Chorea nichts gesagt; eine derartige Angabe wäre nöthig, weil die Prognose bei frischer Chorea schlechter zu sein scheint, als bei längere Zeit bestehender.

Auch über Misserfolge berichtet der Autor: es wäre dringend wünschenswerth, dass dies von allen Seiten nachgeahmt würde. Diejenigen, welche eine neue Therapie nur dann anerkennen, wenn sie eine Panacee ist, würden alsdann zwar enttäuscht sein; diejenigen aber, die bei der ungünstigen Prognose vieler Nervenkrankheiten mit jedem Fortschritt in der Behandlung sich begnügen, auch wenn er kein Allheilmittel bringt, werden sich ein objektives Urtheil bilden können.

A. Moll (Berlin).

22. F. Müller. Über Hypnotismus und Suggestion, so wie deren therapeutische Anwendung in der ärztlichen Praxis.

Wien, M. Perles, 1889. 20 S.

Die kleine vortreffliche Schrift von M. kann Jedem angelegentlichst empfohlen werden. Verf. bespricht kurz die Suggestion ohne und die mit Hypnose, giebt einige Regeln für die Anwendung der Hypnose in der Therapie. Eine kurze Schilderung einzelner hypnotischer Symptome ist zwar fragmentarisch und berücksichtigt fast nur die tiefen Hypnosen; Niemand wird aber in einer so gedrängten Zusammenstellung eine ausführliche Symptomatologie erwarten.

Es sei bei dieser Gelegenheit kurz auf die Bibliographie des modernen Hypnotismus von Max Dessoir, Berlin 1888, hingewiesen, die für Jeden, der sich mit dem Hypnotismus beschäftigt, ein unentbehrliches, trefflich eingetheiltes und bequemes Nachschlagebuch ist.

A. Moll (Berlin).

Berichtigung. In No. 32 d. Centralbl. p. 557 Zeile 17 von unten lies statt G. Mussi: G. Nuzzi, und p. 558 Zeile 25 von oben lies statt Äther: Butter.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. **Sonnabend, den 31. August.** **1889.**

1. C. H. H. Spronck. Over regeneratie en hyperplasie van leucocythen in het circulierende bloed.

(Weekblad v. h. Ned. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 20.)

F l e m m i n g hat gefunden, dass die farblosen Blutzellen in den lymphoiden Organen sich durch indirekte Zelltheilung vermehren und die neuesten Untersuchungen von D e n y s haben die Richtigkeit dieser Befunde über jeden Zweifel erhoben. S. hat sich nun die Aufgabe gestellt, das Verhalten der Leukocyten am strömenden Blute ausgewachsener Warmblüter zu studiren.

Die befolgte Methode der Untersuchungen ist verschieden, je nachdem sie an Thieren oder am Menschen angestellt werden.

Bei den Thieren wird ein Stück der Arterie oder der Vene doppelt unterbunden, ausgeschnitten, fixirt etc.; beim Menschen wurde das frisch gelassene Blut mit F l e m m i n g'scher Flüssigkeit umgeschüttelt und nach geeigneter Behandlung in Celloidin ver-

theilt. In beiden Fällen werden feine Schnitte angelegt und diese nach Färbung mit Safranin mikroskopisch untersucht. Die Resultate, an Kaninchenblut, normalem und leukämischem Menschenblut gewonnen, sind:

1) Es werden konstant farblose Zellen gefunden, die in der Karyokinese begriffen sind.

2) Genaue Zählung ergiebt, dass auf 1000 Leukocyten mindestens 1 Mitose getroffen wird.

3) Die Karyokinese gilt den wahren Leukocyten.

4) Die Regeneration zeigt sich im cirkulirenden Blute in demselben Verhältnisse wie in den lymphoiden Organen.

5) Bei Leukämie (sogar bei der lienalen Form) kann eine excessive Leukocytenwucherung im strömenden Blute stattfinden.

6) In einem Falle (in extenso mitgetheilt), wo die Leukocythämie 1 : 7 betrug, sind in 1 cmm 424 Mitosen gefunden, statt 8 (normal), diese Zahl ist aber relativ eben so groß wie normal.

7) Die Leukocythämie kann mit Geschwulstbildung verglichen werden; man könnte demnach von Leucocythoma sanguinis sprechen.

Feltkamp (Amsterdam).

---

2. E. Metschnikoff. Über das Verhalten der Milzbrandbakterien im Organismus.

(Virchow's Archiv Bd. CXIV. Hft. 3. p. 465.)

M. sucht in der vorliegenden ausschließlich polemisch gehaltenen Arbeit die gegen seine Theorie sprechenden Untersuchungsresultate von Baumgarten, Nuttall, Petruschky u. A. m. zu entkräften. Er habe schon im Jahre 1887 in einer von den deutschen Forschern wenig beachteten Arbeit (Annales de l'Institut Pasteur) gezeigt, dass in dem leukocytenarmen Kammerwasser immuner Thiere ein kräftiges Wachsthum der Milzbrandbacillen eintrete, dass also die Körpersäfte an sich nicht schädlich auf diese einwirkten. In neuerer Zeit wiederholte Experimente hätten ihn zu demselben Resultat geführt. Die Beobachtung Nuttall's, dass schon in einer Stunde Bacillen durch den Humor aqueus zerstört würden, müsse wohl auf einem Versuchsfehler beruhen. Bei Einführung von Milzbrandbacillen oder Sporen im Inneren von Darmstücken (nach Petruschky) oder Säckchen von Schilfrohrmark oder von Fließpapier in den Lymphsack des Frosches beobachtete man ein lebhaftes Wachsthum; in Petruschky's Experimenten seien die Bacillen vielleicht durch die vorhergehende Erwärmung abgeschwächt worden. Der Befund freier, in Degeneration begriffener Bacillen in Deckglaspräparaten sei kein beweisender, da durch die Präparation vielfach vorher in Leukocyten eingeschlossene Bacillen frei würden. **F. Neelsen** (Dresden).

---

3. Babes. Die Ätiologie der seuchenhaften Hämoglobinurie der Rinder.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 1.)

B. studirte eingehend eine eigenthümliche Seuche, die in Rumänien viele Opfer unter den Rindern fordert, von den Thierärzten Gastro-Entero-Nephritis benannt wird, und früher mit der Rinderpest häufig zusammengeworfen wurde.

Symptome: Die Krankheit befällt meist starke Zugochsen, Kühe und Kälber selten. Es wird ein röthlicher Harn gelassen; die Aftertemperatur steigt bis 40° C., Respiration und Puls sind beschleunigt. In diesem Stadium erholt sich etwa die Hälfte der befallenen Thiere. Die übrigen lassen (etwa am 3. Tage) einen blutrothen Harn unter großem Drang. Im weiteren Verlauf folgen Abmagerung und Muskelzuckungen. Während die einen obstipirt sind, haben die anderen schleimige, rothbraune, flüssige, blutige Stuhlgänge. Es tritt Schaum vor den Mund, die Thiere gehen zu Grunde. Die Krankheit dauert 4—7 Tage. Der rothe Harn enthält selten Blutkörperchen, meist nur gelbe körnige Massen und gelösten Farbstoff, Albumin, Harnkanälchenepithelien, keine Cylinder.

Pathologische Anatomie. Ödeme der Haut, die manchmal hämorrhagischen Charakter annehmen; interlobuläres Emphysem; Vergrößerung der Leber mit Verbreiterung des interstitiellen Bindegewebes, Milztumor mit schwärzlicher zerfließender Pulpa. Im Pylorustheile des Labmagens hämorrhagische Erosionen; Substanzverluste mit hämorrhagischer Basis und mit Schorfen bedeckt. Das lockere Bindegewebe um das Duodenum ist Sitz eines reichlichen blutigen Ödems. An der Oberfläche des Peritoneum sitzen punktförmige Ecchymosen. Die injicirten, ödematösen Dünndarmschlingen tragen an ihrer konvexen Seite hämorrhagische Flecke mit gelblichen erhabenen Körpern im Centrum, die sich als lebende oder schon verkalkte Pentastoma denticulata entpuppen. Oft sitzen diese bei intakter Schleimhaut zwischen Serosa und Muscularis, oft sind sie durch einen Mucosadefekt schon herausgefallen. Eine Durchwanderung in das Peritoneum konnte niemals nachgewiesen werden. Ein fortgeschritteneres Stadium stellt schwärzliche Pigmentflecke mit centralen Kalkkonkretionen dar. Ausgedehntere Blutunterlaufungen findet man in der Nähe der Bauhini'schen Klappe. Ein großer Theil der dem Darm anliegenden Mesenterialdrüsen ist erweicht. Erbsgroße, verflüssigte Stellen beherbergen 1—2 Pentastomen, manchmal neben Kalkkonkretionen.

Ätiologie. Alles spricht für eine Infektion, die ihren Ausgang vom Darmtractus nimmt und von da durch das Pfortadersystem ihren Weg zu Leber, Herz und großem Kreislauf findet. Die Lunge bleibt intakt, dass hingegen das Blut Veränderungen erfährt, beweisen die Befunde der Milz und das Symptom der Hämoglobinurie. In 20 Fällen wurden stets Pentastoma gefunden. Niemals konnte eine Wan-

derung derselben durch die Lungen in die Respirationswege, oftmals aber eine solche aus den Mesenterialdrüsen in und durch die Darmwandung in das Lumen des Darmes nachgewiesen werden.

Auf Deckglaspräparaten des Blutes nun konnte B. Kokken von 0,6—0,8 μ Durchmesser auffinden, die meist zu zweien geordnet sind. Am reichlichsten fand er sie in den extra-intestinalen Ödemen, in Milz und Nieren, massenhaft in den Mesenterialdrüsen. Ein charakteristisches Bild bietet die Methylenblaufärbung. Eine gefärbte Querlinie inmitten einer Kugel theilt gewissermaßen zwei flache Diplokokken. Im Darminhalt und in den Sekreten sind diese Organismen nicht nachweisbar, wohl aber im Inneren der rothen Blutkörperchen und in der Tiefe der Magen- und Darmschleimhaut, sie fehlen den Darmgeschwüren und den Schlauchdrüsen. Muskeln und Knochenmark beherbergen sie, nicht aber Gehirn und Rückenmark. In Schnitten versagen die Methoden von Weigert, Gram und Ehrlich, doch gelingt eine Färbung mittels Löffler's Methylenblaulösung, Entwässerung in koncentrirter alkoholischer Methylenblaulösung, Aufhellung in Anilinöl und Xylol. Der von B. »Haematococcus« genannte Organismus kann gezüchtet werden. Organe der gefallenen Ochsen und Reinkulturen sind für Kaninchen virulent. Manchmal überstehen die Kaninchen die Infektion und werden dadurch immun. Charakteristische Kulturen gelangen auf Blutserum bei Körpertemperatur und in späteren Generationen auf Glycerin-Agar.

Schlussfolgerungen: Die seuchenhafte Hämoglobinurie der Rinder ist eine Infektionskrankheit mit endemischem Charakter und engem Verbreitungskreis, hervorgerufen durch einen Diplococcus, der ins Innere der rothen Blutkörperchen eindringt. Die letzteren werden zerstört, was die Hämoglobinurie veranlasst. Mit dem Wasser schlecht unterhaltener Brunnen gelangt der Virus in den Darmtractus und von da in die Schleimhaut, wenn Kommunikationen bestehen, z. B. wenn durch massenhafte Auswanderung von Pentastomen Bahnen von den Lymphdrüsen in den Darm geöffnet werden.

P. Ernst (Heidelberg).

---

4. Sommerbrodt. Darlegung der Hauptbedingungen für die Überanstrengung des Herzens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 5.)

Die von Peacock zuerst beobachtete, von Leyden später zu erneuter Bedeutung gebrachte Thatsache, dass Erkrankungen des Herzens durch körperliche Überanstrengungen hervorgerufen werden, entbehrte bislang einer vollgültigen Erklärung für den ursächlichen Zusammenhang beider, und wenn es auch bekannt war und feststand, dass die Erhöhung des Blutdruckes, die bei angestrengter körperlicher Arbeit eintritt, als wesentlicher Faktor dabei mitwirkte, so blieb immer noch die Frage offen, warum nur bei bestimmten Klassen in Folge energischer Muskelarbeit eine Herzerkrankung herbeigeführt wird. S. glaubt, das besondere disponirende Moment für die

Überanstrengungen des Herzens in einer Athmungsbehinderung gefunden zu haben. Seine Schlüsse sind die: Jede Muskelthätigkeit vermindert den Sauerstoff- und vermehrt den Kohlensäuregehalt des Blutes, desshalb wird die Athmung vertieft und beschleunigt. Eine derartige Athmung steigert den intrabronchialen Druck und durch einen damit zusammenhängenden, von S. erwiesenen Reflexvorgang erfolgt nun eine Entspannung der Gefäßwände. Jede Entspannung der Gefäße aber vermindert wieder den arteriellen Druck, so dass der Mensch in der vertieften und beschleunigten Athmung eine vorzügliche Kompensationsvorrichtung besitzt, den durch Muskelarbeit erhöhten arteriellen Druck herabzusetzen und damit die Herzarbeit zu verringern. Er weist dann nach, dass bei den Menschen, die in Folge körperlicher Anstrengungen herzkrank werden, diese Kompensation gestört ist, indem er alle diesbezüglichen Beobachtungen in drei Gruppen theilt: 1) Heben großer Lasten, Stemmen; 2) anstrengende Märsche, bei gleichzeitigem Tragen größerer Lasten (Soldaten, Tübinger Arbeiter), Arbeit in gebückter Haltung (Mineralarbeiter), 3) anstrengende Muskelarbeit bei älteren Leuten.

ad 1) Zum Heben schwerer Lasten gehört Athmungssuspension als unerlässliche Vorbedingung, diese steigert, wie S. an Sphygmogrammen nachweist, den Blutdruck; dazu kommt eine energische Muskelarbeit, die wiederum den Blutdruck steigert; endlich trifft diese doppelte Blutdrucksteigerung den Körper in einem Moment, wo er wegen mangelnder tiefer Athmung der oben erwähnten Kompensationsvorrichtung entbehrt. Eben so sind bei den ad 2) gedachten Fällen die Hindernisse für vertiefte Athmung als Ursache der Überanstrengung des Herzens anzuschuldigen. Bei den ad 3) erwähnten älteren Leuten ist zwar die Athmung frei, die gefäßentspannende Wirkung derselben kann aber nicht zum Ausdruck kommen, da wegen der Altersveränderungen des Gefäßrohres eine Entspannung desselben nur unvollkommen eintreten kann.

Die sehr interessante Arbeit ist durch eine Anzahl von Sphygmogrammen illustrirt.

Markwald (Gießen).

---

5. **C. Vanlair.** Des myoclonies rythmiques.

(Revue de méd. 1889. No. 1 u. 2. Januar 10.)

Bei dem relativ seltenen Vorkommen des Friedreich'schen Paramyoclonus, seinem durchaus nicht immer typischen Bilde, den vielen beobachteten Modifikationen resp. verwandten Krankheitsformen, der noch nicht aufgeklärten Dunkelheit der Pathogenese ist es, wie V. in der Einleitung, in der wohl die ganze einschlägige Litteratur zusammengestellt ist, betont, sehr erwünscht, dass jede Beobachtung eines ähnlichen Falles publicirt wird.

Gelegentlich einer Operation, die Verf. im Mai 1887 an einem Hunde zu anderen Zwecken anstellte und bei der er den N. ischiadicus und den N. saphenus in der Mitte des rechten Oberschenkels resecirte und später an demselben Tage den Unterschenkel unterhalb des Knies amputirte, beobachtete Verf. nach ca. 14 Tagen

bei normalem Heilungsprocess folgende Erscheinungen: Das linke Hinterbein blieb stetig unter dem Leibe flektirt, ohne dass eine Kontraktur bestand; selbst nach eingetretener Heilung wurde nur der Stumpf des rechten Beines zur Stütze benutzt. Gleichzeitig machten sich in dem linken Vorderbein und, wenn auch in geringerem Maße, am Kopfe eigenthümliche klonische Zuckungen bemerkbar, die plötzlich und spontan auftraten, einen fast rhythmischen, intermittirenden Charakter trugen, sich fast regelmäßig 120mal in der Minute wiederholten und jedes Mal mit einer Lageveränderung des Gliedes verbunden waren. Eine Anzahl graphischer Darstellungen bestätigt den Rhythmus der Spasmen und giebt nähere Aufschlüsse über die Amplitude und Kraft der einzelnen Schwingungen. Das linke Hinterbein wies analoge und isochrone aber bei Weitem weniger intensive und ausgebreitete Bewegungen auf. Ähnlich verhielt sich Kopf und Schwanz, mitunter auch der Rumpf, so dass dann die Zuckungen allgemeiner wurden. Wurde das Glied durch Immobilisirung an der freien Bewegung gehindert, so erfolgten dennoch starke, oft auch verstärkte Muskelkontraktionen; schaltete V. eine einzelne Muskelgruppe aus, so verstärkte sich die Kontraktion der übrigen um so lebhafter. Wenn das sitzende Thier sich auf die zuckende Pfote stützte und die Spasmen dort nachließen, trat eine Übertragung der klonischen Zuckungen auf andere Körpertheile auf. In der Ruhe und im Schlafe cessirten die Erscheinungen, dagegen wurden sie durch jede psychische Erregung oder durch sensible Hautreize verstärkt. Bei einer Ätherisirung des freigelegten Stumpfes des N. ischiadicus gerieth auch ein Theil der bisher verschont gebliebenen gleichseitigen Gesichtsmuskeln in klonische Bewegungen, die stets unter sich, jedoch nicht immer mit denen der linken Pfote isochron waren. Dieselben persistirten nach dem Ende der Reizung und wurden von da ab konstante und isochrone Begleiter der Spasmen des linken Armes. 5 Tage später machte sich eine dauernd gebliebene Hyperexcitabilität der Reflexe des rechten Vorderarmes bemerkbar, dergestalt, dass schon der geringste Reiz die ausgiebigsten Zuckungen hervorrief, die mit dem Ende des Reizes nachließen resp. verschwanden. Nach einer Reihe von Wiederholungen traten spontane energische Zuckungen von minutenlanger Dauer auf, die mitunter den ganzen Körper ergriffen. In Bezug auf die willkürlichen Bewegungen war der Hund weder an den betroffenen noch an den anderen Gliedern während des Klonus behindert. Die Sehnenreflexe waren nur an einer Stelle der Vorderpfote gesteigert, sonst normal. An dem linken Vorderbein war Parese und Atrophie zu konstatiren, die elektrische Erregbarkeit für den konstanten Strom aufgehoben. Die Sensibilität war erhalten; die Psyche intakt.

In der Epikrise vergleicht V. das vorher beschriebene Bild mit dem Friedreich'schen Paramyoclonus und den ähnlichen Krankheitsformen und hebt zunächst hervor, dass das Symptomenbild des operirten Thieres sich nur unvollkommen mit dem Friedreich'schen Bilde deckt, dagegen sich einigen von anderen Autoren, wie Seeligmüller, Homen, Marie und Bechterew geschilderten Varietäten der Krankheit nähert. Besonders charakteristisch ist für seinen Fall die Verstärkung des Klonus der distalen Partien bei Immobilisation eines Gliedes, die eigenthümliche Beschränkung der Zuckungen auf einzelne Gesichtsmuskeln, die erhöhte Reflexerregbarkeit eines einzigen Gliedes, und schließlich die Parese und Atrophie desselben. Es würde hier zu weit führen, auf alle Details dieses Abschnittes einzugehen; eben so wenig ist es im Rahmen des Referates möglich, die eben so ausführliche wie klare Darstellung der gesammten verwandten Krankheitsformen, die V. in scharfen Umrissen skizzirt, kritisirt und vergleicht, wiederzugeben; es muss dieserhalb auf das Original verwiesen werden.

Mit Rücksicht auf die große Anzahl von klinischen Bezeichnungen aller dieser Formen macht V. den Vorschlag, eine generelle und methodische Nomenclatur dafür einzuführen. Alle die krankhaften Zustände, die charakterisirt sind durch forcirte, brüske, unkoordinirte, schnell auf einander folgende, mehr oder weniger rhythmische Muskelkontraktionen, die immer dieselben Partien betreffen, ohne Effekt oder mit einer Lageveränderung des betreffenden Gliedes verlaufen, und die aus einer abwechselnden Thätigkeit und Erschlaffung derselben Muskeln resultiren, will V. mit dem Namen »Myoklonie« bezeichnen, wie es Ziehen in ähnlicher Weise, wenn auch nicht so streng zusammenfassend, bereits früher versucht hat. Nach der Qualität der Kontraktionen unterscheidet er dann statische und astatische Myoklonien, je nachdem nur eine Muskelanschwellung oder eine koordinirte Bewegung stattfindet. Je nach dem Charakter der Unterbrechungen giebt es rhythmische und arhythmische Formen. Mit Rücksicht auf die Lokalisation der Konvulsionen theilt V. ferner die Myoklonien in circumscripte und disseminirte, in äußere und innere oder viscerale, je nach der Lage der Muskeln, resp. in gemischte. Zur besseren Orientirung der befallenen Körpertheile empfiehlt er noch die Namen: Myoclonia facialis, Dimyoklonie oder kürzer Diklonie, Hemiklonie, gekreuzte oder alternirende Myoklonie. Die Bezeichnung »Paramyoklonie« will V. für die Affektion der unteren Extremitäten gebrauchen. Friedreich's Paramyoclonus würde hiernach heißen: »Diclonia externa, statica, arhythmica, disseminata« und die Krankheitsform des operirten Hundes: »gekreuzte, astatische, rhythmische, circumscripte Myoclonie«. (Diese langathmigen Bezeichnungen werden wohl Jedem als ein sehr zweifelhafter Vortheil der bisherigen Nomenclatur gegenüber erscheinen. Ref.)

Auf die Pathogenese übergehend, spricht V. seine Verwunderung aus, dass die Friedreich'sche Erklärung, wonach die Ursache der Erkrankung in einer abnorm gesteigerten Erregbarkeit gewisser Zellengruppen der Vorderhörner, die gleichzeitig die intermittirenden Muskelkontraktionen und die Reflexerhöhung verursachen sollte, zu suchen sei, von den meisten anderen Autoren acceptirt worden ist. Da diese Hypothese, wie V. nachzuweisen sucht, einer ernsten Kritik durchaus nicht Stand hält, so erscheint ihm bei dem absolut negativen Resultat aller Sektionsbefunde die Erklärung am wahrscheinlichsten, dass die Erkrankung einer abnorm hohen Erregbarkeit der sensiblen Zellen der Medulla, die sich unter dem Einflusse peripherer Reize entwickelt hat oder wenigstens in Erscheinung tritt, ihre Entstehung verdanke. Dass die Endäste der Muskelnerven keine Rolle bei der Affektion spielen, wies V. durch Curaresirung derselben nach, durch die jene Spasmen durchaus nicht beeinflusst wurden. Für den centralen Sitz des Leidens sprechen auch experimentelle Versuche und Beobachtungen anderer Forscher, wobei die Erscheinungen nicht allein auf das Rückenmark, sondern auch auf das Gehirn zurückzuführen waren. Seine Erklärung sucht V. einerseits auch durch

den oben geschilderten Versuch der Ätherisation zu erhärten, bei dem durch den sensiblen Nervenreiz Myoklonie hervorgerufen wurde, andererseits durch folgendes Experiment: Ausgehend von der Thatsache, dass Cocain nur auf die peripheren Nervenendigungen, nicht auf die Nervenstämme und das Rückenmark einwirkt, applicirte er subkutane Injektionen von Cocain dem Thiere. Das Resultat ergab die fast augenblickliche Unterbrechung der Zuckungen der Gesichts- und Zungenmuskulatur, während die Spasmen der übrigen Glieder ihren bisherigen rhythmischen Charakter einbüßten, um schließlich sich ganz zu verlieren; gleichzeitig trat eine Abnahme der gesteigerten Reflexerregbarkeit ein. Da die direkte Cocainisirung des resecirten Nerven denselben Effekt hervorbrachte, so hat die letztere gerade die entgegengesetzte Wirkung wie die Ätherisation.

In ätiologischer Beziehung hebt V. den Einfluss von Traumen und Schreck hervor; im Allgemeinen ist dieser Punkt noch sehr wenig aufgeklärt. Prädisponirend wirken neuropathische und anämische Zustände.

Unter der großen Zahl der therapeutischen Vorschläge giebt V. dem Cocain, dem Arsenik und der Galvanisation den Vorzug; auch Eserin, Hyoscin und Chloral sind empfehlenswerth. Dagegen hält er alle übrigen angewandten Mittel für unwirksam.

A. Neisser (Berlin).

---

6. M. Runge. Über Behandlung der puerperalen Sepsis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Wenn auch der Lokalbehandlung der Hauptantheil bei der Behandlung der puerperalen Sepsis zufällt, so muss doch mit ihr eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung verbunden werden. R. legt in dieser Hinsicht auf Kombination der Alkoholzufuhr und der lauen Bäder den größten Werth. Dadurch steigt der Appetit; die Herzthätigkeit und die Respiration werden günstig beeinflusst; das Sensorium wird freier. Alkohol kann bei diesen Kranken in sehr großen Dosen verabfolgt werden, da eine gewisse Immunität hierfür bei der Sepsis vorhanden ist; nach Ablauf des Processes kehrt die normale Reaktion zurück. Die Temperatur der zu verabfolgenden Bäder beträgt etwa 22—24° R. und bleiben die Kranken nur kurze Zeit, 3 bis 8 Minuten, im Bade. Meist genügen 1—2 Bäder pro die.

Die Gefahr einer embolischen Verschleppung septischer Thromben durch die bei Anwendung der Bäder nothwendigen Bewegungen ist nicht groß; nur in einem einzigen unter mehr als 100 Bädern sah R. unheilvolle auf das Bad zu beziehende Erscheinungen.

Der schädliche früher viel gefürchtete Einfluss des Fiebers bei der Sepsis ist nicht vorhanden. Antipyretica sind bei den septischen Wochenbetterkrankungen zu verwerfen.

Die Erfahrungen R.'s beziehen sich auf 20 Fälle schwerer puerperaler Sepsis. Von diesen, nach obigen Methoden Behandelten starb nur eine Kranke — gewiss ein günstiges Resultat. Leubuscher (Jena).

---

7. **A. Frey.** Die Schwitzbäder in physiologischer und therapeutischer Beziehung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 332.)

Die beiden gebräuchlichen Arten der Schwitzbäder sind die russischen (Dampf-) Bäder mit 45° C. und die irisch-römischen (türkischen) Bäder, bei denen heiße Luft von 65° C. zur Anwendung gelangt. Aus drei Faktoren setzen sich die Wirkungen solcher Bäder zusammen, den thermischen Reizeffekten, Wärmezufuhr und -Abgabe und der Gegenwirkung des Organismus gegen die durch die beiden ersten erzeugten Alterationen. Im Luftbad von 65° steigt die Körpertemperatur langsam, im Dampfbad von 45° dagegen rapide, da in letzterem eine Verdunstung des erzeugten Schweißes unmöglich ist. Von den heißen Räumen gelangt der Badende in den Frottirraum (37° C.) und zu den kühleren und kalten Vollbädern und Duschen, wo Wärmeabgabe, die nach der Abkühlung bis unter die Norm sinken kann, stattfindet. Analog zeigt sich unter dem Einfluss der Schwitzbäder Vermehrung, nachher Verminderung der Herzthätigkeit und Pulsgeschwindigkeit und der Respiration. Im Gesammtstoffwechsel entsteht in Folge der Schwitzbäder Abnahme der Urinmenge und Zunahme des spec. Gewichts des Harns, Vermehrung der Harnstoffbildung und Harnsäureausscheidung, Beschleunigung der Oxydation stickstoffhaltiger Stoffe, Vermehrung der Schweißabsonderung, Verminderung des Körpergewichts, Steigerung aller Innervationsvorgänge, Hebung des Allgemeinbefindens. Die vermehrte Wärmeabgabe ist um so größer, je höher die Eigenwärme und je niedriger die Temperatur des umgebenden Mittels ist. Es sind daher die Schwitzbäder ein Mittel, um

1) unter Temperatursteigerung die Stoffwechselvorgänge zu beschleunigen und die Ausscheidung der Endprodukte derselben zu befördern und

2) um durch lebhafte Cirkulation in der Haut das hämostatische Gleichgewicht zu verschieben und die Wasserabgabe zu vermehren.

In ersterer Hinsicht wirken wir mit den Schwitzbädern prophylaktisch und auch im Verlaufe einer bereits ausgebrochenen Krankheit, um die Oxydation im Organismus zur Vernichtung der Krankheitserreger zu beschleunigen. Es beruhen hierauf die guten Ergebnisse der Schwitzbäder bei Harnsäure- und Milchsäurediathese, welche sogar unter Anwendung der Bäder unter Umständen ganz zum Schwinden gebracht werden können. Ferner erweist sich der Gebrauch der Schwitzbäder bei allgemeiner Plethora und Fettsucht günstig, wenn noch keine Kreislaufstörungen eingetreten sind. Bei länger dauernden derartigen Kuren darf die Flüssigkeitsentziehung nicht zu energisch sein und nicht unter $1^{1}/_{2}$—2 Liter pro Tag herabgehen. Andererseits kann man die Schwitzbäder zur Anwendung bei Krankheiten ziehen, bei welchen Verbesserung der Säftemasse und Gewebsanbildung erstrebt wird, bei chronischen Krankheiten,

die auf einer Infektion beruhen, und Konstitutionsanomalien. Große Vorsicht ist jedoch stets bei Affektionen des Herzens nöthig. Gesunde, kräftige Menschen können Schwitzbäder in jeder Kombination gebrauchen. Selbstverständlich ist strenges Individualisiren in jedem einzelnen Falle in Bezug auf die Ausdehnung der Bäder, den Grad der Abkühlung etc. nöthig.

Gegenanzeigen für Schwitzbäder bieten fieberhafte Krankheiten, Affektionen, wo bereits Konsumption eingetreten ist (abgesehen von den Fällen, in denen man mit den Bädern die Krankheit direkt bekämpfen kann, z. B. langdauernde, nicht eitrige, pleuritische Exsudate), Degeneration (atheromatöse Veränderungen, Aneurysmen etc.) der Gefäße und des Herzens. **G. Meyer** (Berlin).

---

8. **Eichhoff.** Über das Hydroxylamin als neues, wichtiges dermatotherapeutisches Heilmittel.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 1.)

Das Hydroxylamin, NH_2OH, bildet mit Säuren, mit Ausnahme der Kohlensäure, gut krystallisirbare Salze, deren wichtigstes das salzsaure ist, welches sich in Wasser, Glycerin und Alkohol leicht löst.

Die stark reducirende Eigenschaft des salzsauren Hydroxylamins veranlasste E. zu seiner therapeutischen Verwendung bei den Dermatomykosen und bacillären Hauterkrankungen. Die erkrankten Hautpartien wurden mit Kaliseife fest abgewaschen und dann 3—5mal täglich eingepinselt mit:

Hydroxylam. hydrochloric. 0,1
Spirit. vin.
Glycerin āā 50,0.
MDS.: Äußerlich.

Behandelt wurden auf diese Weise 5 Fälle von Lupus vulgaris, 5 Fälle von Herpes tonsurans capillitii und 1 Fall von Sycosis parasitaria faciei. Befriedigende Resultate (schöne Narbenbildung) wurden speciell bei Lupus erzielt. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

Kasuistische Mittheilungen.

9. **Miura** (Tokio). Fibröse Tuberkel, verursacht durch Parasiteneier.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 310.)

M. fand bei einem an Kakke verstorbenen 26jährigen Bauer auf der ganzen Serosa der Abdominalhöhle zahlreiche submiliare, miliare und etwas größere Knötchen, die theilweise der Serosa aufsaßen, theilweise in sie eingelagert waren, einige bildeten auch einen kleinen polypenförmigen Appendix. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich, dass die Knötchen fibröse Tuberkel darstellten, die in ihrem Centrum ein oder mehrere kleine Wurmeier enthielten. Bei manchen lag in der Mitte neben dem Ei, oder auch dasselbe umschließend, eine Riesenzelle. Einzelne größere Knötchen waren im Centrum erweicht. Die Anordnung der Knötchen ließ einen Zusammenhang mit den Lymphgefäßen erkennen. Verf. glaubt

in den Eiern diejenigen von Distoma hepaticum zu erkennen. Neben der Kakke hatte die Affektion keine sicheren klinischen Erscheinungen gemacht.

Hansemann (Berlin).

10. **R. A. Reddingius.** Een geval van dextrocardie met transpositie van alle groote vaten.

(Weekblad v. h. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 15.)

Eine höchst merkwürdige Bildungsanomalie, die, so viel R. weiß, noch nie beschrieben worden ist, wurde bei der Obduktion eines erwachsenen Mannes gefunden. An der rechten Herzhälfte — welche kennbar war 1) an der Lage, 2) an der Tricuspidalklappe, 3) am Limbus foraminis ovalis — entspringt die Aorta und entleeren sich die Vv. pulmonalis. Die linke Hälfte besitzt eine Mitralklappe, wovon der eine Zipfel mächtiger entwickelt ist. Hinter diesem Zipfel entspringt statt der Aorta, wie gewöhnlich, die Pulmonalarterie. Die Vv. cavae münden im linken Atrium und zwar an der linken Seite, so dass die V. cava inf. schief von rechts nach links aufsteigt, die V. cava sup. linksseitig an der Aorta vorübergeht. Die Herzspitze liegt nach rechts und wird vom rechten Ventrikel gebildet; die Scheidewand geht von links vorn nach rechts hinten und bildet mit der Medianfläche einen Winkel von 70°. Die rechte Ventrikelwand ist, entsprechend der höheren Leistung, die mächtigere. Für die Erklärung der Entstehung siehe das Original.

Feltkamp (Amsterdam).

11. **Fiessinger.** Sur la tuméfaction parotidienne dans la grippe.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 13.)

Im Verlaufe einer Grippeepidemie im November und December 1888 wurde bei mehreren Pat. ein bei dieser Krankheit noch nicht beschriebenes Symptom von F. beobachtet. Es bestand in einer Anschwellung der Parotis, die in verschiedener Intensität sich meist am Ende, seltener während der Krankheit zeigte und in 3 bis 7 Tagen wieder verschwand. Parotitis bestand zur Zeit in jener Gegend (Oyonnax) sonst nicht. Der Schmerz strahlt in die Zähne oder Ohren aus und hält nur 2 bis 3 Tage an. Schmerz und Anschwellung saßen stets hinter dem Ramus ascendens maxillae inferioris, waren also nur auf die Parotis zu beziehen. In den sechs vom Verf. näher geschilderten Fällen hatte die Affektion stets gutartigen Verlauf im Gegensatz zu der bei Typhus, Scarlatina etc. auftretenden Form der Parotitis, die meist in Eiterung übergeht und sich mit bedeutender Verschlechterung des Allgemeinbefindens vergesellschaftet. Zweimal bestand Schmerz ohne Anschwellung an genannter Stelle, meist war die Affektion einseitig, einmal doppelseitig; nur einmal war Angina bei der Erkrankung vorhanden.

G. Meyer (Berlin).

12. **Deligny.** A propos de l'origine du tétanos.

(Union méd. 1889. No. 15.)

Ein 38jähriger Mann, der mit Lumpen und Knochen handelte, hatte sich barfüßig mit einem spitzen Knochen einen Stich in die rechte Fußsohle zugezogen. Er wusch die kleine Wunde, bekümmerte sich jedoch nicht weiter um dieselbe, sondern ging seiner Beschäftigung nach. Die Verletzung eiterte und schmerzte etwas, ohne jedoch den Pat. beim Gehen hinderlich zu sein. 16 oder 18 Tage später stellten sich in der Nacht tetanische Krämpfe der Beine, dann der Arme und des Kopfes ein, schließlich Dyspnoe und Tod. Temperatur war stets normal, einige Stunden vor dem Tode 36,6°; 2mal war Erbrechen schleimiger und galliger Massen erfolgt. Noch am Tage vor dem Beginn des Tetanus war der Kranke in seinem Geschäft wie gewöhnlich thätig gewesen. Die Fortpflanzung des Giftes im Organismus hatte gar keine Erscheinungen hervorgerufen. Der Pat. hatte in 24 Stunden ohne jeden Erfolg 16 g Chloral verbraucht; etwas Erleichterung hatte ihm die Verdunkelung des Zimmers gewährt.

G. Meyer (Berlin).

13. **Hajek** (Wien). Tabakrauch und Diphtheritis.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 2. p. 24.)

Eine Zusammenstellung von 3000 Diphtheritiserkrankungen soll das Verhältnis eruiren, in welchem Raucher und Nichtraucher an Diphtheritis erkranken. H.

nimmt hierbei alle Individuen über 22 Jahre alt als Raucher an und findet dabei, dass die Raucher zu den Nichtrauchern sich verhalten wie 1 : 2,8. (Wie viel Einfluss das Pyridin, welches im Tabakrauch vorkommt und eine kräftige bakteriocide Wirkung besitzt, hierbei ausübt, ist noch unbekannt; der Tabakrauch an sich hindert die Entwicklung der gezüchteten Bakterien, wie Ref. durch eigene Beobachtungen weiß.) **Prior** (Bonn).

14. Sperling. Ein ungewöhnlicher Fall von Dystrophia muscularis progressiva (facio-scapulo-humeraler Typus).

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 3.)

16jähriges Mädchen zeigt Schwäche der Arme und Beine, erhebliche Beeinträchtigung der Funktion der Gesichtsmuskeln und bedeutende Motilitätsstörungen an dem Schultergürtel. Dem entsprechend besteht hochgradige Atrophie des Serrat. antic. major, Rhomboideus, Latissim. dorsi, Biceps, Triceps und Supinator longus, mäßige in den Mm. pectorales, der Rückenmuskulatur, den Extensoren des Vorderarmes, ferner an dem rechten Soleus und dem Gastrocnemius. An dem Gesichte lässt sich keine Muskelatrophie konstatiren. Die mechanische Erregbarkeit sämmtlicher Muskeln ist stark vermindert, fibrilläre Zuckungen sind durchaus nicht vorhanden. Cubitalreflex ist gering, Kniephänomen lebhaft. In fast allen Muskeln des Gesichts und Körpers ist die direkte und indirekte Erregbarkeit gegen faradischen und galvanischen Strom herabgesetzt. Die erkrankten Mukeln verhalten sich gegen den überspringenden Funken des Spannungsstromes indifferent.

J. Ruhemann (Berlin).

15. Seeligmüller. Ein Fall von chronischer progressiver Poliencephalomyelitis.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 6.)

Der geschilderte Fall, der ein 23jähriges Mädchen betraf, ist durch die Kombination einer Poliomyelitis chronica mit einer Poliencephalitis sup. (Ophthalmoplegia nuclearis externa) und Poliencephalitis inferior (Bulbärparalyse) bemerkenswerth. S. bezeichnet diesen Symptomenkomplex, der in dieser Weise einzig in der Litteratur dasteht, als chronische progressive Poliencephalomyelitis. Sensibilitätsstörungen (Anästhesien und Parästhesien) fehlten. **J. Ruhemann** (Berlin).

16. A. Joffroy et Ch. Achard. Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spinale aiguë de l'enfance.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1889. T. I. No. 1.)

Die Untersuchung der von den Verff. mitgetheilten 2 Fälle von akuter infantiler Spinallähmung richtete sich hauptsächlich auf 3 Punkte: 1) die Veränderungen der Muskeln, die nicht allein Atrophie, sondern auch Hypertrophie einer gewissen Anzahl von Primitivbündeln darboten; 2) die Atrophie der gemischten Nerven und der entsprechenden vorderen Wurzeln; 3) auf die makroskopische und mikroskopische Struktur der atrophischen Knochen.

Der erste Fall betrifft einen 73jährigen Mann, der in frühester Jugend von der Krankheit befallen wurde. Atrophie und Paralyse der unteren Extremitäten; Parese der oberen Extremitäten. (Die ausführliche Krankengeschichte beider Fälle muss im Original nachgelesen werden.) Die Sektion ergiebt am Gehirn keine Veränderungen; die vorderen Wurzeln zeigen Volumensungleichheiten beider Seiten; besonders klein sind sie in der Lumbalregion und zwar beiderseitig. Am Ende der Lumbalanschwellung und an der Cauda equina zeigen die vorderen Wurzeln ein kleineres Volumen und eine grau-röthliche Farbe im Gegensatz zu den hinteren Wurzeln. Die Muskulatur der unteren Extremitäten ist weißgelblich, zeigt starke Wucherung des Fettgewebes ohne sonstige makroskopisch sichtbare Veränderung. Die Muskeln der oberen Extremitäten haben ein verschiedenartiges Aussehen; theils zeigen sie eine weiße, theils eine normal rothe, theils eine gemischte Farbe.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes ergab folgenden Befund:

In der rechten Lumbalregion sieht man die Vorderhörner in einem abgegrenzten Bezirke im Verfall begriffen. Begrenzt wird diese Partie durch eine cirkuläre Zone von verdichteten und parallel verlaufenden Nervenfibrillen; von dieser Zone aus gehen radial angeordnete Bindegewebstrabekel senkrecht in die weiße Substanz der Vorderseitenstränge, deren Scheidewände sie bilden. Auf der linken Seite ist das Bild ein gleiches, wenn auch weniger ausgeprägt und auf einen kleineren Umfang beschränkt. Innerhalb jener erkrankten Partien erkennt man keine Nervenzellen, während die noch erhaltenen Reste der grauen Substanz der Vorderhörner, eben so wie die Grenze obiger Bezirke dieselben in verschiedenartiger Veränderung erkennen lassen. Die Gefäße der grauen Substanz haben ein verengtes Lumen, verdickte Wandungen — am stärksten ist die Adventitia verdickt —, sind aber nirgends obliterirt. Derartige oder nicht so weit vorgeschrittene Gefäßerkrankungen fanden sich auch anderweitig, namentlich in der Umgebung des Centralkanals. Letzterer ist zum Theil normal bei intaktem Epithel, z. Th. ausgefüllt mit Zellen, die auch gruppenweise angeordnet ihn umgeben. Corpora amylacea finden sich in großer Zahl auf allen Schnitten. Ähnliche Veränderungen der Vorderhörner wie die oben geschilderten finden sich, abgesehen von jener scharfen Begrenzungszone, fast durchweg, wenn auch in verschiedenen Stadien; nur im Dorsaltheil erscheinen die Vorderhörner fast normal. Die Clarke'schen Säulen, mit Ausnahme einer kleinen Stelle des rechten oberen Dorsalmarkes, sind normal.

Die Untersuchung (Osmiumsäure) der Nervenwurzeln der Cauda equina ergiebt keine Veränderungen der hinteren Wurzeln, dagegen Atrophie der Nervenfasern und sehr starke Zunahme der Zahl und des Volumens der interfascikulären Gefäße an den vorderen Wurzeln.

Der N. ischiadicus sinister giebt ein ähnliches Bild wie die vorderen Wurzeln. Die Nervenfasern erscheinen normal, dagegen an Zahl und Volumen geringer; das interfascikuläre Bindegewebe erweist sich verdickt und verdichtet, die Gefäßwände stark verdickt. Der N. tibialis bietet die Erscheinung einer degenerativen Neuritis neueren Datums, charakterisirt durch Gerinnung des Nervenmarkes, Verdickung des Protoplasmas, Vorkommen von Vakuolen, doch sind eine große Zahl von Nervenröhren intakt.

Die Muskeln der unteren Extremitäten zeigen das typische Bild fettiger Degeneration, und zwar im stärksten Maße. Die vorher erwähnten Muskeln von verschiedenfarbigem Aussehen, wie z. B. der Deltoideus, sind an den weißen Partien von fettiger Degeneration ergriffen, an den rothen Stellen sind die Primitivbündel zwar im Durchmesser vergrößert, im Übrigen normal. In diesen hypertrophischen Fasern, die durchsichtig und glasig erscheinen, rufen die Farbstoffe, Karmin und Eosin, eine lebhaftere Färbung der Muskelsubstanz als gewöhnlich hervor.

An der Fibula fällt zunächst die Formveränderung auf. Auf dem Durchschnitte sieht man statt der üblichen dreieckigen Form mit mehr oder weniger abgerundeten Winkeln und leicht ausgehöhlten Seiten eine Figur mit abgerundeten Kontouren, eine Art Ellipse, bei der das Knochengewebe der Oberfläche durchweg eine gleiche Dicke und normale Beschaffenheit besitzt. In der Tiefe dagegen, in der Nähe des Centralkanals, sind die Havers'schen Kanäle durchschnittlich um die Hälfte ihres normalen Volumens verkleinert, und statt der normalen Verbindung mit einander, fast sämmtlich durch dicke Knochensubstanz, die dem intermediären System angehört, von einander geschieden.

Bei dem zweiten Falle handelt es sich um eine 70jährige Frau, die im 13. Lebensjahre von der Lähmung ergriffen wurde; die Atrophie erstreckte sich vorzugsweise auf den rechten Unterschenkel.

Die Autopsie und die mikroskopische Untersuchung ergab Veränderungen des Rückenmarkes, der vorderen Wurzeln und Nervenstämme, fettige Degeneration der Muskeln und Atrophie der Knochen. Im Großen und Ganzen trat dasselbe Bild in den anatomischen Details zu Tage wie in dem ersten Falle.

In der Epikrise geben die Verff. der Meinung Ausdruck, dass es sich bei den in den Muskeln von gemischtem Aussehen (mit weißen und rothen Streifen) beobachteten hypertrophischen Fasern nicht, wie Dejerine annahm, um eine Form

von kompensatorischer Hypertrophie handeln könne, bei der auf mechanischem Wege durch Übertragung der Arbeitsleistung von den erkrankten Fasern auf die noch gesunden letztere hypertrophiren, da ja die ganzen Muskelgruppen seit geraumer Zeit nicht mehr funktionirten. Auch der Erb'schen Auffassung, nach der diese Hypertrophie das erste Stadium der zur Atrophie führenden Alteration des Primitivbündels darstellt, können die Verff. sich nicht anschließen. Sie halten dieselbe auch für eine degenerative Veränderung, wie ja die Funktionsstörung, die veränderte Anspruchsfähigkeit für den elektrischen Strom, und das eigenthümliche Verhalten Farbstoffen gegenüber ergiebt, und stellen einen Zusammenhang dieser Erkrankungsform mit den unvollkommenen Veränderungen der noch erhaltenen Vorderhornzellen als wahrscheinlich hin. Der Arbeit ist eine Tafel mit 8 Figuren beigefügt. **A. Neisser** (Berlin).

17. v. **Reuss** (Wien). Ein Fall von angeborener einseitiger Ptosis.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 4. p. 58.)

Dieses Bild zeigt ein sonst normaler junger Mann, dessen linke Lidspalte eine Weite von nur 3 mm gegen 13 der rechten Lidspalte weist. Pat. kann jedoch auch das linke Augenlid heben, wenn er gewisse, vom Trigeminus versorgte Muskeln in Thätigkeit setzt, so beim Öffnen des Mundes, Bewegen des Unterkiefers nach rechts oder vorn, während das Lid wieder heruntersinkt, wenn er den Mund wieder schließt oder den Unterkiefer zurückbewegt. Bisher sind 7 ähnliche Fälle beschrieben worden. Helferich und Bernhardt haben die Erklärung aufgestellt, dass die Kerne des Trigeminus die vikariirende Funktion für die mangelhaft entwickelten Oculomotoriuskerne wegen ihrer unmittelbaren Nachbarschaft übernehmen können. **Prior** (Bonn).

18. **Buhe**. Zur Lehre von der hereditären Lues. (Ein Zwillingsfall.)

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Die Anamnese des auf der Klinik von Gusserow beobachteten Falles ist folgende: die 34jährige IIIpara wurde 1885 von einem faultodten, 8 Monate alten Knaben entbunden (Sektion: Syphilis); zweite Entbindung rechtzeitig 1886; Kind faultodt, reif, nicht secirt. Anfang Oktober 1887 letzte Regel. 25. Juni 1888 Entbindung, Schwangerschaft normal. Zwillinge in 1. Schädel- bezw. vollkommener Fußlage; 2 Placenten, 2 Eihäute: 2 Mädchen, eins todt, nicht ganz reif, etwas macerirt, 46 cm lang, das andere lebend, nicht ganz reif, 44 cm. Sektion des todten Kindes ergiebt deutliche Zeichen von Syphilis; das zweite Kind, von der Mutter genährt, nimmt schnell ab und stirbt am 8. Tage. Obduktion zeigt Atrophie sämmtlicher Organe, keine Spur von Lues. (Die Mutter war vor 12—13 Jahren syphilitisch.)

Verf. stellt aus den sehr seltenen analogen Beobachtungen aus der Litteratur über die Vererbung der Syphilis folgende Schlusssätze auf:

1) Die Syphilis wird unter normalen Verhältnissen nur durch Sperma und Ovulum vererbt, es findet also gewöhnlich Vererbung im eigentlichen Sinne statt.

2) Ein Übergang des syphilitischen Kontagium sowohl von der Mutter zum Kinde als umgekehrt findet nur statt bei vorheriger Erkrankung der Placenta.

3) Der Theil von beiden, Mutter und Kind, welcher bei Syphilis des anderen von der Krankheit freibleibt, erlangt durch den Säfteaustausch einen Grad von Immunität gegen luetische Infektion. **G. Meyer** (Berlin).

19. **E. Herfeld**. Über chronische Quecksilbervergiftung.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Beschreibung eines Falles von chronischer Quecksilbervergiftung bei einem 29jährigen Arbeiter, welcher in einer Fabrik elektrischer Lampen Glühlampen vermittels Quecksilber luftleer zu machen hatte, nebst Anfügung von Beispielen aus der Litteratur von ähnlichen Erkrankungen, besonders bei einem Spiegelbeleger.

G. Meyer (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

20. Verhandlungen des Kongresses für innere Medicin. Herausgegeben von E. Leyden und E. Pfeiffer. VIII. Kongress, gehalten zu Wiesbaden vom 15.—18. April 1889.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889.

Der Bericht über den 8. Kongress für innere Medicin liegt in einem stattlichen Bande von 476 Seiten vor. Es ist in diesem Blatte bereits, größtentheils nach Autoreferaten, über die Arbeit des Kongresses berichtet worden. Es genügt daher, hier auf das Erscheinen des Originalberichtes hinzuweisen; derjenige, der sich genauer mit dem auf dem Kongresse Geleisteten vertraut machen will, wird nicht umhin können, hier an die Quelle zu gehen. Die Ausstattung des Bandes ist, wie man es von der Verlagsbuchhandlung gewohnt, eine ausgezeichnete.

Neu ist ein angemeldeter, aber in Folge Verhinderung des Verf. nicht gehaltener Vortrag von

O. Heubner (Leipzig). Über die diphtherische Membran.

Die Untersuchungen des Verf. führten ihn zu dem Resultate, dass vor Allem in den Anfangsstadien der Erkrankung »die hautartige Ausschwitzung weder über, noch unter dem Epithel, noch auch an Stelle des Epithels, sondern in dem Epithel darin sitzt, ganz eben so wie die entzündliche Ausschwitzung bei den Pocken in der Epidermis sich befindet«. Dabei entsteht das Exsudat nicht etwa in den Epithelien allein, sondern es stammt in der Hauptsache aus den Schleimhautgefäßen, durchsetzt ursprünglich in tropfbar flüssiger Form die tieferen Schichten des Epithels, um dann erst in den oberflächlichen Schichten zu gerinnen. In derselben Weise geht die Ausschwitzung auch in den nächsten Tagen stets von den tieferen zu den oberflächlichen Schichten vor. Dabei wird allmählich das gesammte Epithel von der Schleimhaut abgehoben, »es wird durch die Gerinnung selbst Lage für Lage des Epithels von der nächst darunter liegenden getrennt und mit jedem nachfolgenden Gerinnungsvorgange weiter mundhöhlenwärts gedrängt«, bis am 5. Krankheitstage die Schleimhaut ganz von Epithel entblößt ist. Die Schleimhaut selbst betheiligt sich an der diphtherischen Membran gar nicht, die örtliche Affektion ist also im anatomischen Sinne reiner Krup.

»Der ganze örtliche Vorgang stellt sich demnach als ein im Schleimhautepithel erfolgender Exsudationsprocess dar — ganz analog, wie ihn der Pockenprocess im Epithel hervorruft, so dass man bei der Diphtherie ganz wohl das Recht hat, von einem exsudativen Schleimhautexantheme zu reden.«

A. Freudenberg (Berlin).

21. H. Hartmann. Des névralgies vésicales.

Paris, G. Steinheil, 1889.

Der Verf. der vor 2 Jahren ausgegebenen Pariser These »Des cystites douloureuses« hat es in vorliegendem, 148 Seiten füllenden Elaborat unternommen, die Klinik der Blasenneuralgie abzuhandeln. Es ist ihm das mit der unseren westlichen Nachbarn eigenen klaren und flotten, stellenweise sogar fesselnden Darstellungsart gelungen, freilich, wie wir gleich zufügen, nicht, ohne eine erstaunliche Unkenntnis der ausländischen, insbesondere deutschen Litteratur — der bibliographische Index weist unter 133 Nummern 9 deutsche Autoren auf! — zu verrathen. Nur auf diese Weise ist es erklärlich, dass H. in unseren Lehrwerken und Journalaufsätzen längst gefestigte und geläufige Wahrheiten als etwas Neues bringt. Nicht Dagewesenes enthält überhaupt das ganze Buch nicht, immerhin, wie Ref., der dem Verf. das am wenigsten zum Vorwurf machen möchte, vermeint, des Anregenden und Lehrreichen für den Arzt und Kliniker genug.

Der Autor schält zunächst den Titelbegriff aus der Gruppe der »Cystalgien« als dasjenige Leiden heraus, welches nicht mit erkennbaren lokalen anatomischen Läsionen einhergeht; es deckt sich also seine Blasenneuralgie mit dem, was wir als schmerzhafte Cystoneurose anzusprechen gewöhnt sind. Nach kurzem historischen Exposé wird ausgeführt, dass die Blasenneuralgie meist in Unabhängigkeit

von der Cystitis steht, die schmerzhaften Formen der letzteren mit Unrecht den Cystalgien zugezählt werden, endlich richtige Blasenhalskontrakturen nicht existiren, vielmehr die spastischen Symptome im Verlauf des besprochenen Leidens auf Sphincterenkrampf zu beziehen sind. Ob die ätiologische und symptomatologische Eintheilung in die zwei Hauptgruppen der »idiopathischen« und »symptomatischen« Blasenneuralgie eine glückliche Wahl bedeuten, steht dahin, um so mehr, als Übergangs- und Mischformen hier dem Praktiker häufiger begegnen als reine Repräsentanten. Stellt ja doch die Blasenneurose in der Mehrzahl der Fälle nur ein Theilsymptom bezw. eine Lokalisation der Neurasthenie dar! Rücksichtlich der Therapie des Leidens berührt den Ref. wohlthätig der Nachdruck, welchen der Autor — mit Guyon — auf die Nothwendigkeit der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und die Superiorität der allgemeinen Behandlung vor der lokalen legt.

Den Schluss bilden 33, größtentheils noch nicht publicirte Krankengeschichten, innerhalb welcher selbstverständlich die Begriffe Pollakiurie, Spasmus, Neuropathie, Onanie und Gonorrhoe die Führung übernehmen.

Die Ausstattung ist eine vorzügliche, fast zu glänzende für ein nur der medicinischen Wissenschaft dienendes litterarisches Erzeugnis.

Fürbringer (Berlin).

22. O. Roth. Klinische Terminologie. Dritte Auflage.

Erlangen, E. Bezold, 1889.

Die vorliegende Auflage des gut renommirten Buches ist von Dr. K. Stintzing besorgt worden. Derselbe hat es verstanden, den Fortschritten der medicinischen Wissenschaften in einer Weise Rechnung zu tragen, dass man über alle die nicht wenig zahlreichen Ausdrücke, um welche die medicinische Nomenclatur in letzter Zeit bereichert worden ist, sich leicht informiren kann. Jedem, der sich mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt, dürfte die »klinische Terminologie« unentbehrlich sein. **M. Cohn** (Berlin).

23. Hedwig Heyl. Die Krankenkost.

Berlin, K. Habel, 1889.

Die Verf. hat sich mit der Abfassung des vorliegenden Büchleins ein entschiedenes Verdienst erworben. Ist doch die diätetische Behandlung der Kranken gerade in der Neuzeit in einer Weise in den Vordergrund getreten, dass der Besitz eines Werkes, das in verständiger, sachgemäßer Anordnung eine Anzahl von wichtigen Kochrecepten, namentlich auch die speciellen Nährrecepte enthält, für jeden Arzt geradezu ein Erfordernis geworden ist. H.'s Werkchen entspricht durchaus praktischen Bedürfnissen und wird sich gewiss, da der Preis bei guter Ausstattung ein mäßiger (3 ℳ) ist, viele Freunde erwerben. **M. Cohn** (Berlin).

24. C. Kopp (München). Lehrbuch der venerischen Erkrankungen. Für Ärzte und Studirende. Mit 25 Abbildungen.

Berlin, Fr. Wreden, 1889.

Das in der Wreden'schen Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher erschienene, 570 Seiten umfassende K.'sche Lehrbuch giebt in kurzer, prägnanter Form alles Wissenswerthe aus der Lehre von dem Tripper, dem weichen Schanker und der Syphilis. Besonderes Gewicht ist auf die praktischen Bedürfnisse gelegt und dem entsprechend die differentialdiagnostischen Momente und die Therapie überall besonders berücksichtigt; aber auch die Pathologie und pathologische Anatomie, so wie die Ätiologie findet überall in entsprechender Kürze ihre Erledigung. Ein Anhang von Receptformeln und ein ausführlicher Index erhöhen die praktische Brauchbarkeit des Buches. **A. Freudenberg** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. Sonnabend, den 7. September. 1889.

Ein Fall von Phthisis pulmonum ohne Tuberkulose.

Von
Med.-Rath Dr. **Ferd. C. Leonhardi** und Prof. Dr. **F. Neelsen** in Dresden.

Der so überaus häufigen tuberkulösen Lungenphthise gegenüber möchte ein durch die Sektion konstatirter und seltene Organveränderungen zeigender Fall der alten Phthisis pulmonum pituitosa wohl der Veröffentlichung werth sein.

Frau Julie B., die 53jährige Gattin eines wohlhabenden Bankiers in Dresden, starb am 14. April 1889, nachdem sie seit mehreren Jahren bei Husten mit reichlichem Auswurf, äußerster Abnahme der Muskulatur und des Fettes dem Arzte wie dem Laien das äußere Bild einer chronisch verlaufenden Lungenschwindsucht geboten hatte. Ich (Leonhardi) war etwa die letzten 10 Jahre Arzt der Familie, die neben der Kranken aus dem gesunden, jetzt im 71. Jahre stehenden, noch sehr rüstigen Gatten derselben, zwei sehr kräftigen 27 und 22 Jahre alten Söhnen, die beide als Einjährig-Freiwillige gedient haben, und zwei jetzt 17½ Jahre alten auch ganz gesunden Zwillingstöchtern von kräftiger Konstitution bestand.

Frau B. hatte bald, nachdem sie erwachsen war, ihre Mutter verloren und dann das Hauswesen im Vaterhause zu leiten und zwei jüngeren Schwestern die

Mutter zu ersetzen gehabt; sie war dadurch bei sehr gebildetem Geiste und Gemüthe und bei größter Gewissenhaftigkeit zeitig zu ernster Lebensanschauung und zu unermüdlichem Streben nach bester Erfüllung ihrer Pflichten gekommen, und hatte nach dem Erwachsensein und der Verheirathung ihrer Schwestern auch in der eigenen Ehe diese Gesinnung und unermüdliche Thätigkeit beibehalten. Sie war von graciler Körperkonstitution, für eine Dame groß zu nennen, muskelkräftig, nie zum Fettwerden veranlagt. An Husten hatte sie schon, ehe ich sie kennen lernte, öfters und anhaltend gelitten, das Auftreten von Tracheal- und Bronchialkatarrhen wurde aber im Laufe der Jahre immer häufiger und langdauernder, der Auswurf eines weißen und gelblichen, öfters geballten, dem Eiter wohl ähnlichen, aber im Wasser nie ganz zu Boden fallenden, zähen und fadenziehenden Schleimes war oftmals sehr reichlich. In den ersten Jahren verlor sich der Husten zeitweise noch fast ganz bis auf eine mäßige Schleimabsonderung in den ersten Frühstunden nach dem Erwachen; in den letzten 3—4 Jahren hörten Husten und Auswurf nie mehr auf, sondern zeigten nur Perioden von Besserung und Verschlimmerung. Das geringe Vertrauen auf Arzneimittel, ja der Widerwille der Kranken dagegen, ihre Unruhe und ihre Unermüdlichkeit in ihrem Hauswesen hinderten sie an aller Schonung ihrer selbst, verführten sie zu anhaltender Überanstrengung ihrer Kräfte und ließen sie kaum zum Versuche, geschweige zum nöthigen Ausdauern im Gebrauche von Arzneimitteln (stärkenden, balsamischen, adstringirenden und antiseptischen), von Mineralwasserkuren (wie schlesischem Salzbrunnen, Gleichenberger Wasser etc.), von diätetischen Verordnungen und genügend langem Aufenthalte an klimatischen Kurorten kommen. Höchstens an einigen Tagen der Verschlimmerung und begleitenden Fiebers und in der letzten Zeit höchster Erschöpfung war die Kranke im Bett zu erhalten; das Fieber erreichte übrigens nie sehr hohe Grade, höchstens 39° C. und einige Zehntel und hielt in den früheren Jahren nie sehr lange an, nie über 14 Tage; ja selbst in den letzten beiden Monaten ihres Lebens kamen Wochen, wo nur Abends oder Mittags 38,2—38,6 zu beobachten waren. Der Auswurf war in den letzten 2—3 Jahren zeitweise, im letzten Winter immer mehr oder minder übelriechend, bisweilen auch durch Blut röthlich oder bräunlich gefärbt; bei mikroskopischer Untersuchung der Sputa wurden nie elastische Fasern oder Tuberkelbacillen gefunden. Auswurf aus den Luftwegen von reinem Blut ist nie dagewesen. Die physikalische Untersuchung, im Laufe der Jahre sehr oft vorgenommen von mir (Leonhardi) sowohl, als auch einige Male vom Geh. Med.-Rath Dr. Fiedler in Dresden, Dr. Valentiner in Salzbrunn, Dr. Max Kunze in Arco u. A. ergab nie eine ausgesprochene Perkussionsschalldämpfung, weder über den Spitzen noch an den hinteren unteren Lungenpartien, nie das Vorhandensein von Vomicae oder Schleimhöhlen, deren Dasein man nach der Menge und Beschaffenheit des Auswurfs vermuthen musste, nie konsonirende Rasselgeräusche oder Höhlenathmen, sondern höchstens verstreute mittelblasige Rasselgeräusche, und auch diese meist nur spärlich. Die Untersuchung der hinteren Partien war in den letzten 2—3 Tagen wegen der Schwäche der Kranken nicht mehr möglich.

Die Untersuchung der Todten wurde 20 Stunden nach Eintritt des Todes durch Herrn Prof. Dr. Neelsen vorgenommen und berichtet derselbe Folgendes:

Sehr abgemagerte Leiche mit bleicher Haut. Muskulatur geschwunden, roth, feucht.

Das Zwerchfell steht rechts an der 5., links an der 4. Rippe.

In der Bauchhöhle keine Flüssigkeit. Bauchorgane in normaler Lage.

Beide Lungen sind aufgebläht; die linke ist überall, die rechte in ihrem Oberlappen mit der Brustwand verwachsen, doch leicht zu trennen. Der Unterlappen der rechten Lunge ist mit Faserstoffgerinnseln belegt. Im Herzbeutel keine Flüssigkeit. Das Herz schlaff, alle Höhlen desselben mit dunkeln Gerinnseln und flüssigem Blute mäßig gefüllt: beide Herzkammern etwas weiter, mit verdünnten Wandungen. Herzfleisch blass, gelblichbraun, weich. Klappen und große Gefäße gesund.

Die Drüsen an der Luftröhre etwas vergrößert, weich, auf dem Durchschnitte grauroth, ohne tuberkulöse Verkäsung. Beide Lungen sind lufthaltig, ihr Gewebe

braunroth: sämmtliche Verzweigungen der Luftröhre sind um mehr als das Doppelte erweitert, mit zähem graugelbem übelriechendem Schleime erfüllt; die Schleimhaut derselben erscheint überall stark geröthet, von ihrer Oberhaut entblößt, aber ohne tiefere tuberkulöse Geschwüre. Das Lungengewebe ist entsprechend der Erweiterung der Luftröhrenäste zusammengedrückt und erscheint an beiden Oberlappen durch angesammelten Staub schwarz verfärbt und verhärtet. Der rechte Unterlappen ist stark wässerig durchtränkt.

Milz klein, mit blassrothem, zwar weichem aber blutarmen Gewebe. Leber und Nieren blass, ohne Besonderheiten. Desgleichen Magen und Darm.

Die mikroskopische Untersuchung exstirpirter Lungenstückchen bestätigte das völlige Fehlen von Tuberkelknötchen oder Tuberkelbacillen. Die Innenwand der dilatirten Bronchien zeigt zahllose dicht an einander stehende flache granulirende Geschwüre, zwischen denen nur vereinzelte kleine Epithelinseln übrig sind. Die Infiltration erstreckt sich fast durch die ganze Dicke der Bronchialwandung, zeigt aber nirgends Knotenform oder Verkäsungen. Bei den kleineren Bronchien sieht man oft die nächst angrenzenden Alveolen mit desquamirten Epithelien erfüllt, ihre Interstitien verdickt und kleinzellig infiltrirt. Zwischen den obersten infiltrirten Lagen der Bronchialwand sind sehr zahlreich Mikroorganismen, theils Kokken, theils kurze Stäbchen vorhanden, Tuberkelbacillen dagegen nirgends nachweisbar.

---

1. C. Laker. Die Blutscheibchen sind konstante Formelemente des normal cirkulirenden Säugethierblutes.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 28—48.)

Verf. hat an ausgespannten Fledermausflügeln, ähnlich wie früher bereits Bizzozero und Ref., Beobachtungen über die Präexistenz der Blutplättchen, die er als »Blutscheibchen« bezeichnet, in dem unter möglichst normalen Bedingungen strömenden Blute angestellt und kommt zu dem Resultate, dass die Blutscheibchen im Fledermausflügel bereits unter Bedingungen konstatirt werden konnten, welche den Blutkreislauf nicht mehr alteriren konnten, als die gewöhnlichen Lebensbedingungen dieser Thiere. Verf. bezeichnet daher die Blutscheibchen als ein konstantes, präformirtes Formelement des normal cirkulirenden Säugethierblutes; er sieht die Blutscheibchen im Gegensatze zu Bizzozero (und auch zu Eberth und Schimmelbusch, Ref.) als specifisch sehr leichte Gebilde an, da er sie im strömenden Blute innerhalb größerer Gefäße nur im Poiseuille-schen Raume fand. Bereits früher hatte der Verf. in Übereinstimmung mit Hayem und im Gegensatze zu Bizzozero den Blutplättchen eine centrale Delle von geringer Größe zugesprochen und aus diesem Grunde die Bezeichnung »Scheibchen« und nicht »Plättchen« gewählt. An den Blutscheibchen des strömenden Fledermausblutes konnte Verf. bislang eine centrale Delle nicht konstatiren, glaubt aber, dass nur die Schwierigkeiten der Beobachtung im strömenden Blute hierfür verantwortlich zu machen sind. Die von Hayem als Hämatoblasten bezeichneten Gebilde, so wie die Blutplättchen Bizzozero's und die »Blutscheibchen« hält Verf. für identische Gebilde.

Löwit (Innsbruck).

---

2. F. Spalitta. Influenza del sistema nervoso sulla funzione renale.

(Sicilia med. 1889. Februar.)

S. hat bei Hunden den Einfluss des Rückenmarkes auf die Harnabsonderung untersucht. Er fand, dass Durchtrennung des Markes am 1. Brustwirbel und tiefer die Nierenfunktion nicht beeinflusst, dagegen hatte Durchschneidung zwischen dem letzten Hals- und ersten Brustwirbel Vermehrung der Harnmenge zur Folge. Geschah sie im Bereich des 4.—6. Halswirbels, so trat Eiweiß im Harn auf; wurde das Mark zwischen dem 3. und 4. Halswirbel durchschnitten, so hörte die Urinabsonderung auf. Eben dasselbe war der Fall bei elektrischer Reizung des Halsmarkes.

Verf. glaubt, dass die durch die betreffenden Eingriffe hervorgebrachten Veränderungen des Blutdruckes nicht ausreichend die von ihm beobachteten Erscheinungen erklären; dass vielmehr eine direkte sekretorische Beziehung des oberen Rückenmarkes zur Harnabsonderung angenommen werden müsse. (Eine Berücksichtigung der von Grützner gegebenen Regeln hätte ihn vor dieser Folgerung bewahrt. Ref.) Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. Brown-Séquard et d'Arsonval. Nouvelles recherches démontrant que la toxicité de l'air expiré ne dépend pas de l'acide carbonique.

(Compt. rend. de l'acad. des sc. 1889. No. 6. p. 267.)

In Verfolgung ihrer früheren Studien über die Beziehungen der Exspirationsluft zur Tuberkulose und über die Toxicität der Exspirationsluft haben die beiden Autoren in ihrer neuen Arbeit zunächst gezeigt, dass das Gift oder die Mischung von Giften, welche in der ausgeathmeten Luft enthalten ist, in geringer Dosis tödten kann, auch ohne direkt in die Blutbahn eingebracht zu werden. Subkutan 18 Kaninchen in wässriger Lösung eingespritzt, führte diese giftige Substanz bei 17 von diesen Thieren den Tod innerhalb 12—24 Stunden herbei. Die toxische Wirkung ist nicht verursacht durch die Anwesenheit von Mikroorganismen, denn die Substanz bleibt eben so wirksam, wenn man sie im geschlossenen Gefäß einer Temperatur von 100° aussetzt. Um die Wirkung des Giftes vermischt mit reiner atmosphärischer Luft direkt studiren zu können, haben sich die Autoren einen sehr sinnreichen Apparat konstruirt, welcher aus einer Reihe (6—8) metallischer vollständig, luftdicht geschlossener Behälter besteht, die unter einander derartig verbunden sind, dass ein und derselbe Luftstrom durch alle hindurchgeführt werden kann. In jedem Behälter befand sich ein Kaninchen und es musste natürlich auf diese Weise ein Thier nach dem anderen immer schlechtere, durch seinen Vordermann verdorbene Luft einathmen. Kaninchen I und II überstanden das Experiment, während No. III—VIII im Verlaufe von 2—9 Tagen starben, und zwar um so schneller, je wei-

ter nach hinten sie sich befanden. Wurde ein sterbendes Kaninchen aus dem Behälter herausgenommen, so erholte es sich nur schwer und langsam. Der Gehalt an CO_2 betrug nie mehr als 3—6 % in den zwei letzten Behältern.

Dass die CO_2 nicht als die Todesursache angesehen werden kann, haben B.-S. und d'A. auf folgende Weise bewiesen: Sie schalteten zwischen Behälter VI und VII zwei neue ein, welche mit koncentrirter Schwefelsäure gefüllte Glasperlen enthielten. Die Schwefelsäure absorbirt das in der Exspirationsluft enthaltene Gift und nunmehr tödtete die mit CO_2 allein beladene Luft die Thiere VII und VIII nicht mehr.

Die Symptome, welche man bei diesen Versuchen an den Thieren beobachtet, sind folgende: Verlangsamung der Respiration, Beschleunigung der Herzaktion, langsames aber kontinuirliches Sinken der Temperatur, anhaltende Diarrhoen. Der Tod selbst erfolgt ohne Konvulsionen. E. Levy (Straßburg i/E.).

---

4. **R. Stern.** Über die Wirkung der Hydronaphtylamine auf den thierischen Organismus.

(Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie Bd. CXV. Hft. 1.)

Besonderes Interesse hat S. dem β-Tetrahydronaphtylamin zugewandt. Die Vergiftungserscheinungen bestehen bei Fröschen nach 15—30 mg in centralen und zum Theil auch peripheren Lähmungserscheinungen, so wie in deutlicher Pupillenerweiterung. Bei Kaninchen unterwarf S. die Pupillenerweiterung, die Kontraktion der Ohrgefäße und eine beträchtliche meist 2° C., oft auch 4° C. betragende Steigerung der Körpertemperatur einer speciellen Untersuchung. Bei größeren Dosen ca. 0,1 tritt der Tod unter allgemeiner Lähmung ein, nachdem vorher ziemlich erhebliche Dyspnoe bestanden hatte; die Ursache letzterer erkennt S. in der Temperatursteigerung. Bei Hunden trat ein aufgeregter Zustand mit Delirien mehr hervor als bei Kaninchen.

Die Mydriasis unterscheidet sich von der durch die Tropeïne erzeugten durch Erregung des nervösen Erweiterungsapparates der Iris, während die Tropeïne die pupillenverengernden Nervenapparate lähmen und dies auch nur peripher, während das β-Tetrahydronaphtylamin sowohl am peripheren als am centralen Ende die Dilatatorfasern erregt, den Sphincter iridis und den Accommodationsmuskel aber ganz intakt lässt (auch am Menschen), da selbst bei maximaler Erweiterung durch Lichteinfall reflektorisch noch Pupillenverengerung zu Stande kommt.

Die vasokonstriktorische Wirkung auf die Ohrgefäße ist zum größten Theil auf die peripheren Enden der gefäßverengernden Nerven im Halssympathicus, N. auricularis magnus u. a. zurückzuführen. Auch die Gefäße der übrigen Haut scheinen sich gleichfalls zu verengern. Eine Blutdrucksteigerung war beim Kaninchen nicht be-

sonders ausgeprägt, erheblich dagegen am Hunde. Der Herzvagus wird nicht alterirt.

Was die Temperatursteigerung betrifft, so konnte S. mit Hilfe des, wenn auch nicht ganz vollkommenen kalorimetrischen Apparates von Richet doch in überzeugender Weise darthun, dass die Wärmeabgabe des vergifteten Thieres regelmäßig zunächst geringer war als die des normalen, was schon aus der Verengerung der Hautgefäße zu erschließen war. Gleichzeitig ist aber auch die Wärmeproduktion gesteigert.

Von anderen Naphtylaminderivaten waren nur diejenigen β-Derivate, welche an dem die Amidogruppe führenden Ringe des Naphthalins hydrirt waren, in der bezeichneten Weise wirksam. α-Körper und solche β-Körper, welche an dem nicht stickstoffhaltigen Ringe hydrirt waren, besaßen keine derartigen Wirkungen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

5. Zerner. Über die Wirkung des Pyrodins.

(Centralblatt für die ges. Therapie 1889. No. 3.)

Es wurden die von Schuchardt hergestellten Pyrodinpillen, deren wirksames Princip das Acetylphenylhydracin ist und das aus Manchester bezogene Pulver, dessen chemische Konstitution der Formel für das Acetylphenylhydracin ($C_6H_5NH—NHC_2H_3O$) entspricht, an einer Reihe von Krankheitsfällen mit kontinuirlichem und remittirendem Fieber versucht, nach vorherigen Experimenten an Thieren. Die beiden Präparate setzen die Temperatur sehr herab, meist unter profuser Schweißsekretion, die schon 10—25 Minuten nach der Darreichung eintrat. Es scheint sich das Pyrodin ähnlich wie Antifebrin zu verhalten, nur hat es vor diesem den Nachtheil größerer Giftigkeit voraus, welche mitunter schon nach einer einzigen kleinen Dosis sich bemerkbar machen kann. Die Giftigkeit besteht in der Bildung von Methämoglobin.

Als Analgeticum hat es vielleicht hier und da Erfolg, steht aber doch weit hinter dem Antipyrin und Antifebrin.

Als Tagesgabe dürfte 0,2 höchstens 0,3 bezeichnet werden.

Die Aussichten auf allgemeine Anwendbarkeit des Mittels sind demnach sehr gering.

Seifert (Würzburg).

---

6. Sehrwald. Die Plegaphonie, eine neue diagnostische Methode bei Ausfall der Bronchophonie. (Aus der medicinischen Klinik in Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 1 u. 2.)

Bei allen denjenigen Erkrankungen, bei welchen es zu mangelnder Stimmbildung und dadurch zum Ausfall des Stimmfremitus und der Bronchophonie kommt, hat Verf. einen Ersatz dieser für die Diagnose oft so werthvollen Erscheinungen in der Perkussion des Kehlkopfes (und der Trachea) mittels Plessimeter und Hammer gefunden. Der

Perkussionsschall des Kehlkopfes wird fast ausschließlich durch die Luft des Bronchialbaumes fortgeleitet und liefert darum dieselben Resultate, wie sie durch Benutzung der Stimme erzielt werden, hat aber dabei noch einige besondere Eigenthümlichkeiten. Über infiltrirtem Lungengewebe ist der Schall laut und klar, mit tympanitischem Beiklang und ist auch palpatorisch als kurzer Schlag fühlbar. Bei völliger Luftleere tritt mit Öffnen und Schließen des Mundes exquisiter Schallwechsel ein, beim Öffnen des Mundes wird der tympanitische Schall außerdem noch besonders verstärkt. Über gesundem lufthaltigem Lungengewebe ist der Schall weniger laut, nicht mehr tympanitisch, hat aber einen klirrenden Beiklang. Bei pleuritischen Exsudaten ist der Schall abgeschwächt, aber bei Kompression und völliger Luftleere der Lunge klar und leicht tympanitisch. Die charakteristischen Eigenthümlichkeiten größerer Kavernen treten bei dieser Art der Perkussion besonders deutlich hervor, eben so der Metallklang bei Pneumothorax. Zu bemerken ist noch, dass die Intensität des Schalles größer ist auf der der perkutirten Kehlkopfhälfte entgegengesetzten Seite, bei tiefer Inspiration und bei geschlossenem Munde. **Markwald** (Gießen).

---

7. **H. Zenker.** Der primäre Krebs der Gallenblase und seine Beziehungen zu Gallensteinen und Gallenblasennarben. (Aus dem Erlanger pathologisch-anatomischen Institut.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 2 u. 3.)

Verf. erörtert an der Hand der früher publicirten Fälle und von 8 Beobachtungen aus dem Erlanger patholog.-anatomischen Institut die Frage, in welcher Weise Gallensteine die Entstehung des Gallenblasenkrebses veranlassen oder begünstigen können. Klinische Beobachtungen und anatomische Erwägungen führen in der Mehrzahl der Fälle zu der Anschauung, dass die Steine vor dem Carcinom vorhanden sind. Hinsichtlich der Art und Weise, in der sich die Wirksamkeit der Gallensteine entfaltet, knüpft Verf. an die bekannten schönen Untersuchungen von Hauser über die Entwicklung des Magenkrebses aus dem runden Magengeschwür an, welche in dem Übergang einer ursprünglich durch den Vernarbungsprocess angeregten atypischen adenomatösen Wucherung in solides Carcinomgewebe vor sich gehe. Im Ganzen analoge Verhältnisse konnte Verf. durch die mikroskopische Untersuchung an einem Präparat von Gallenblasennarben auf Grund von Cholelithiasis nachweisen. Mit dem Vernarbungsprocess Hand in Hand ging hier augenscheinlich eine atypische Wucherung der epithelialen Elemente, nicht bloß in der Gallenblase, sondern auch in dem angewachsenen Quercolon, Ductus cysticus und Lebersubstanz. Den Übergang aus der — nur als Regenerationsbestreben der Natur anzusehenden — atypischen Drüsenwucherung in carcinomatöses Gewebe denkt sich Verf. nur graduell. Das Überwiegen der epithelialen Elemente im »histogenetischen

Gleichgewicht«, wie es bei alten Leuten sich geltend macht, bildet die prädisponirende Ursache, als Causa efficiens stellen sich die wiederkehrenden Reizungen durch die Gallensteine ein, welche die Wucherung ins Excessive steigern. Einen direkten mikroskopischen Beweis von unzweideutigem Carcinom neben unzweideutiger, so gestalteter Narbe vermag Verf. leider nicht zu erbringen.

Honigmann (Gießen).

---

8. C. Heitzmann (New York). Die Diagnose des Blasenmyeloms und der Pericystitis.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 11 u. 12.)

H. hat früher mitgetheilt, dass, wenn in Organen mit epithelialen Bildungen Sarkome auftreten, die Epithelien selbst zu Mark- und Sarkomgewebe zerfielen, dass also die Virchow'sche Definition des Sarkom modificirt werden solle; die Bezeichnung Sarkom hält H. überhaupt für verfehlt und pflegt seit Jahren das Sarkom als Myelom zu bezeichnen. Auf Grundlage seiner Beobachtungen, welche H. ausführlicher mittheilt, hält H. die Möglichkeit für erwiesen, dass man durch die mikroskopische Harnuntersuchung das Myelom der Blase erkennen könne, wenn man die Sarkomzellen in dem Harne findet; es war dieses, wie eine Krankengeschichte mittheilt, selbst dann möglich, als klinisch der Nachweis einer Neubildung nicht möglich war. Mit Bezug auf die Diagnose der Pericystitis theilt H. Veränderungen mit, welche in den Epithelien der mittleren Lage der Blasenschleimhaut auf leichten, jedoch anhaltenden Druck von außen her auftreten sollen; ob der Druck durch pericystitische oder parametritische Exsudate, Tumoren etc. ausgeübt wird, ist gleichgültig; durch diesen Druck von außen her kommt es zum massenhaften Austreten von losgerissenen Epithelien der Schleimhaut im Harnsediment, »an welchen die endogene Neubildung von Eiterkörperchen deutlich erkennbar ist«; ein einzelnes Epithel kann 2 bis 6 Eiterkörperchen enthalten und es ist solch reichliche endogene Eiterbildung stets auf pericystitische Geschwülste zurückzuführen. Dieser Befund kann die Diagnose auf einen Tumor ermöglichen, wo noch kein Anhaltspunkt für einen solchen vorliegt. —

Als eine gute Methode, um jahrelang Harnsedimente zu konserviren, giebt H. Folgendes an: Die Chromsäure ist vorzüglich geeignet, da, wo es sich um jahrelange Erhaltung protoplasmatischer Bildungen oder deren Derivate handelt, verwendet zu werden. Nachdem der flüssige Theil des Harnes abgegossen ist, setzt man zu dem Sedimente eine 5—6fache Menge einer weingelben $^1/_2$%igen Chromsäurelösung und lässt es unter dem Einflusse dieser Lösung mindestens 3 Wochen lang stehen. Um Schimmelbildung zu verhüten, muss man nach einigen Tagen die Chromsäurelösung erneuern und damit so lange fortfahren, bis das Sediment eine graugrüne Farbe angenommen hat. Hierauf entfernt man die Chromsäurelösung und ersetzt dieselbe durch verdünnten Alkohol. In mit einem Glasstöpsel

versehenen Fläschchen hält sich ein solches Sediment viele Jahre, besonders wenn der Alkohol jedes Jahr erneuert wird. Man braucht das Sediment nur mit Glycerin zu mengen, um sofort ein brauchbares mikroskopisches Präparat zu erhalten. Die Chromsäure macht die Epithelien, Eiterkörperchen und Harncylinder deutlicher, ohne deren Strukturen oder Aussehen zu schaden. Ref. hat bei seiner Studienreise in Amerika diese H.'sche Methode kennen gelernt und seitdem — Herbst 1888 — die Brauchbarkeit derselben vielfach geprüft; seine Erfahrungen lassen diese Chromsäuremethode als sehr brauchbar erscheinen. **Prior** (Bonn).

---

9. **Nothnagel.** Klinische Vorlesungen über Herzkrankheiten.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 18—22.)

Alle Störungen bei Klappenfehlern, der sinkende Aorten- und steigende Venendruck, sind Folgen der Herzmuskelinsufficienz. Dass die kompensirende Herzhypertrophie bei Klappenfehlern schließlich (nach 10—30 Jahren) immer nachlässt, ist vielleicht so zu erklären, dass nur die funktionellen Gewebe hypertrophiren und die nicht hypertrophischen Blutgefäße komprimiren. Die Kompensationsstörung kann schleichend, ohne äußere Schädlichkeiten, durch das Alter, ferner dann eintreten, wenn die Endocarditis, der Rheumatismus recidiviren, an das Herz durch den Beruf, interkurrirende Krankheiten (Typhus z. B.) ungewöhnliche Anforderungen gestellt werden, zu einem Mitralfehler ein Lungenkatarrh tritt. Das die Kompensationsstörung gewöhnlich zuerst anzeigende Fußödem (Initium finis) kann vorübergehend wieder schwinden.

Spontanheilungen können — sehr selten — z. B. durch Dehnung des gesunden Klappensegels erfolgen.

Bei der Behandlung der noch kompensirten Herzfehler hüte man sich davor, die differenten Medikamente zu oft und zu früh anzuwenden. Zu vermeiden sind: psychische Emotionen, (nur ausnahmsweise zu gestattende) Alkoholica, heiße Speisen, Kaffee, Thee, kohlensäurehaltige Wässer, Rauchen, körperliche Anstrengungen. Zu empfehlen ist mäßige Bewegung in der Ebene. Bei Herzklopfen und Dyspnoe sind Ruhe, Eisbeutel auf die Herz- oder Nackengegend, bei kleinem, raschem, arhythmischem Pulse die Herzmittel, gelegentlich Wein, bei schon gestörter Kompensation außerdem Bettruhe zu verordnen.

Von den Medikamenten wirkt die Digitalis (Pulv. folior. 0,03 bis 0,05 2stündlich durch 4—6 Tage) erregend (in größeren Dosen lähmend) auf den Vagus und die vasomotorischen Centra, steigert den Blutdruck und die Diurese, kann also auch bei nicht frequentem Pulse angezeigt sein. Größere Dosen oder — da das Mittel den Organismus schwer verlässt — Cumulation durch zu lange Medikation müssen vermieden werden. Wirkt die Digitalis auch in größeren Dosen (0,1—0,2 bis zu 5mal täglich) nicht, muss (nach Traube) der Herzmuskel hochgradig verändert sein. An Wirksamkeit der Digi-

talis nachstehende Ersatzmittel sind: Convallaria, Adonis vernalis (3—6 g pro die), Scilla, Coffein. natro-salicylic. (0,2—0,4 täglich 5mal), letzteres als Diureticum und an digitalisfreien Tagen zu empfehlen, absolute Milchdiät, Tinctura Strophanthi (2—3mal täglich 8 Tropfen durch 8—14 Tage) und als Ultimum refugium als wohl direkt auf die Nieren wirkendes Diureticum Kalomel (0,2 täglich 4mal durch 3—4 Tage), bei Beachtung der bekannten Vorsichtsmaßregeln. Nach Kalomel kann die Diurese am 4.—5. Tage — oft erst nach einem 2. Versuche — von 300 auf 3000—7000 ccm und darüber steigen. Der Hydrops schwindet auf 4—8 Wochen und es muss dann das Mittel immer wieder (bis 8mal im Jahre) gegeben werden.

Starke Thermen, das Herz reizende, kohlensäurehaltige Bäder, Karlsbad sind verboten, letzteres ist, wenn aus anderen Gründen indicirt, mit großer Vorsicht zu gebrauchen. Auch Eisenwässer sind bei mit Cyanose verbundenen Herzfehlern kontraindicirt. Bei den neuerdings angepriesenen Bädern sind nicht diese, sondern die dort betriebene Muskelübung und das diätetische Verfahren von günstigem Erfolge. So lange die Kompensation erhalten ist, ist auch eine Kaltwasserkur bei Enthaltung von zu tiefen Temperaturen (14° und darunter) und von zu energischen Proceduren gestattet. Passive Gymnastik beeinflusst die Krankheit mitunter günstig. Das Örtel-sche, bei Myocarditis, Fettherz, idiopathischer Herzhypertrophie indicirte Verfahren ist bei nicht kompensirten Klappenfehlern unbedingt nie am Platze und nur in der Zeit der beginnenden Kompensationsstörung zulässig. Nur ein Punkt aus diesem Verfahren — die Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme — ist immer zweckmäßig. Gegen die Angst und Unruhe und die neuralgischen Schmerzen ist Morphin subkutan (0,005—0,007—0,01), als Schlafmittel aber nur dann zu verwenden, wenn Paraldehyd, Amylenhydrat, Sulfonal, Chloral in Stich lassen.

K. Bettelheim (Wien).

---

10. **Robin.** Traitement du diabète par l'antipyrine; mode d'emploi; résultats; contre-indications.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 15 ff.)

Bei einer größeren Anzahl von Diabeteskranken zog R. das Antipyrin in Gebrauch; aus den Ergebnissen seiner Versuche, von denen er vier mit genauen Krankengeschichten schildert, zieht er folgende Schlüsse: Das Antipyrin beeinflusst die Glykosurie energisch, eben so die Polyphagie, -Dipsie und -Urie, ohne jedoch den Diabetes zu heilen. Die mittlere Gabe beträgt 3 g pro die (Einzeldosis 1 g), welche wohl die meisten Pat. gut vertragen. Man kann bis zu 5 g steigen, jedoch verschlechtert sich dann schnell der Appetit und ist besonders dann auf den Eiweißgehalt des Urins zu achten. Dosen von 4 g beeinflussen nach ca. 8tägigem Gebrauch ebenfalls den Appetit. Tritt bei Gebrauch von 3 g Albuminurie ein, so gebe man nur 2 g. Man verabreiche das Antipyrin nicht in der Nähe

einer Mahlzeit, da es im Reagensglas die Wirksamkeit des Pepsins verringert, in 4stündlichen Zwischenräumen und setze zu jeder Dosis die Hälfte Natr. bicarb., da Verf. einige Male starke Vermehrung der Harnsäure im Urin eintreten sah. Länger als etwa 8—12 Tage hinter einander darf das Medikament nicht verabreicht werden, da sonst leicht Albuminurie bei den Kranken entsteht, die, wenn auch vorübergehend, doch auf eine Stoffwechselstörung hindeutet, die beim Diabetes zu vermeiden ist. Ist Eiweiß im Urin aufgetreten, so ist sofort die Darreichung des Medikamentes zu unterbrechen. Hat ein Diabeteskranker von vorn herein Albumen im Harn, so gebe man nur geringe Dosen, 2 g etwa 5 Tage lang und setze dann eben so lange Zeit aus. Der Eiweißgehalt des Urins wird sich dann nicht vermehren, der Zucker vermindern. Besonders ist der Gebrauch des Antipyrins bei Diabetes indicirt, wenn der Kranke die bekannte Diät verlassen möchte, oder wenn durch dieselbe nach längerer Fortsetzung Polyurie und Glykosurie nicht weiter herabgemindert werden können, sondern auf einem festen Standpunkte beharren. Die beste Therapie des Diabetes scheint geschickte Verbindung der Diät mit Anwendung von Antipyrin in abwechselnder Weise zu sein. Kontraindikationen für den Gebrauch des Mittels sind: Nicht genügend schnelle Verminderung des Zuckergehaltes des Urins nach Darreichung in 6—8 Tagen, Vermehrung des spec. Gewichts des Harns bei Verminderung seiner Menge durch Verabfolgung des Antipyrins. Bestehende Albuminurie ist keine absolute Gegenanzeige für die Verordnung, wohl aber Verringerung des Appetits, Abmagerung, Schwäche- oder Oppressionsgefühl, Blässe, Schwellung der Augenlider, Gefühl von Spannung im Gesicht. **G. Meyer** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

11. **Panas.** Action thérapeutique de l'antipyrine dans la glycosurie. Discussion.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 14.)

P. berichtet über 2 Fälle von Diabetes mellitus, komplicirt mit Katarakt, in welchen das Antipyrin in täglicher Dosis von 3 g verabreicht, neben einer mäßig strengen Diät, die Zuckerausscheidung rapide verschwinden ließ, so dass die Kataraktoperation mit Erfolg vorgenommen werden konnte. P. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) das Antipyrin besitzt wirksame und schnell eintretende antiglykogene Eigenschaften; 2) es ist von großem Nutzen auch in Fällen, in welchen weder durch strenge Diät, noch durch andere Medikamente die Menge des ausgeschiedenen Zuckers unter einen gewissen Procentgehalt heruntergedrückt werden kann; 3) im Beginn ist eine tägliche Dosis von 3 g nöthig; 4) dieser günstige Einfluss des Antipyrins ist auch dann noch zu konstatiren, wenn man den Kranken eine mäßige Menge von Amylaceen gestattet.

An der sich anschließenden Diskussion betheiligen sich G. Sée, Dujardin-Beaumetz, Robin und Worms.

Sée hatte zunächst mit seinem Assistenten Gley die Beobachtung gemacht, dass bei Hunden, welche nach dem Vorgang von v. Mering durch Phloridzin diabetisch gemacht worden waren, die Verabreichung von Antipyrin die Zuckeraus-

scheidung trotz einer gemischten Kost um ein Erhebliches herabsetze. Ferner hat das Antipyrin, wie aus zahlreichen Untersuchungen hervorgeht, die Eigenschaft, die Menge des Urins um 20—40%, die seiner festen Bestandtheile um 10% zu vermindern. Der Harnstoffgehalt fällt hierbei um 21—33%, während die Harnsäure merkwürdigerweise an Menge zunimmt. Das Antipyrin ist also ein Medikament, welches den Stoffwechsel verlangsamt, und da der Diabetes als eine Hyperglycémie, als eine Hypersekretion von Glykogen, abhängig vom Nervensystem angesehen werden muss, so wird die Antipyrinmedikation vermöge ihres sedativen, moderirenden Einflusses eben auf das Nervensystem augenscheinlich von Nutzen sein. S. hat 18 Kranke mit Antipyrin behandelt (3 g p. d.). Die Resultate waren sehr befriedigende bei den Kranken, welche höchstens 100—150 g Zucker pro Tag ausschieden. Sämmtliche Symptome schwanden selbst bei einer wenig strengen Diät (200 g frisches Brot, 200 g Kartoffeln wurden gestattet). Dagegen ist die Wirkung des Antipyrins nur gering bei den Diabetikern, die von vorn herein stark abgemagert sind und die mehr als 150 g Zucker eliminiren. Dasselbe gilt für den Diabetes komplicirt mit Phthise. Nephritis hat S. nie nach Antipyrin beobachtet, die zuweilen auftretende Albuminurie schwindet, sobald man das Mittel aussetzt.

Dujardin-Beaumetz betont, dass er bereits vor einem Jahre auf den günstigen Einfluss des Antipyrins auf den Diabetes aufmerksam gemacht hat. Das Mittel ist übrigens unwirksam in allen schweren Fällen. Außerdem haben alle Substanzen, welche die Temperatur heruntersetzen, indem sie auf das Centralnervensystem einwirken, die Eigenschaft, die Zuckerausscheidung einzuschränken.

Auch A. Robin glaubt an einen günstigen Einfluss des Antipyrins auf die Glykosurie. Vollständige Heilung jedoch sah er nie eintreten. R. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Man soll das Antipyrin ganz im Beginn der Behandlung ordiniren, wenn es darauf ankommt, in kurzer Frist die Glykosurie und die Polyurie zu beseitigen. Tägliche Dosis 3 g, vermischt mit 1 g Natr. bicarb.; aber nie länger als 8—12 Tage hinter einander, da sonst Albuminurie eintritt. Besteht letztere Komplikation bereits, so verabreicht er bloß 2 g pro die. Durch das Antipyrin wird es ermöglicht, die strenge Diät bei Diabetikern, welche dieselbe nicht mehr ertragen, eine Zeit lang ohne Schaden auszusetzen. Jedoch erweist sich eine geschickte Kombination der Diät mit der Antipyrinverabreichung zur Zeit als eine der besten therapeutischen Maßnahmen bei Diabetes. Das Medikament ist von keinem Nutzen und muss ausgesetzt werden, wenn es nicht schnell eine erhebliche Verminderung der Diurese und der täglichen Zuckerausscheidung herbeiführt. Wird aber der Appetit geringer, tritt die Abmagerung, die allgemeine Schwäche stärker hervor, so muss man auf das Antipyrin Verzicht leisten.

Worms wendet schon seit langer Zeit mit gutem Erfolge das Chinin. sulf. bei Diabetikern an. Das Antipyrin gewährt ihm keine größeren Vortheile. Die leichten Fälle von Diabetes kann man zur Beurtheilung dieser Frage nicht mit heranziehen, da bei ihnen der Zucker auf jede vernünftige therapeutische Maßregel schwindet.

E. Levy (Straßburg i/E.).

12. Worms. Le diabète à evolution lente, prognostic et traitement.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 19.)

W. bespricht an der Hand von 41 Krankengeschichten von Diabetikern, die er lange Jahre hindurch genau beobachtet hat, die Prognose und die Behandlung des Diabetes. Von diesen 41 Kranken starben 13; 5 an Tuberkulose, 2 an Pneumonie, 2 an Nephritis, 2 an Gehirnerweichung, 1 an Carcinoma hepatis, 1 an Koma. Einer dieser Fälle betraf ein Kind, Exitus bereits nach 2 Jahren. Bei den Erwachsenen schwankte die Krankheitsdauer, gerechnet jedes Mal von dem ersten Nachweis des Zuckers ab, zwischen 7 und 20 Jahren. Die 28 noch lebenden Pat. sind krank seit 3—25 Jahren, die meisten bereits über 10 Jahre. Heredität wurde mit Sicherheit nur in 3 Fällen notirt. Die Polydipsie, die Polyurie, die Abmagerung, die Veränderungen der Zähne fehlten sehr oft während des ganzen Verlaufes der Krankheit.

Interessant ist ein Fall von Koma, der günstig verlief. Das Koma dauerte 8 Tage an, die Urinmenge war bis auf 400 ccm vermindert, der Zucker war voll-

ständig verschwunden, Gerhard'sche Reaktion. Mit dem Eintritt der Besserung nahm der Urin an Menge zu, es stellte sich auch wieder Zucker in demselben ein. Die Behandlung bestand in ableitenden Mitteln auf den Nacken, Tonicis, Chinin. sulf. Valeriana. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiß.

Was die Therapie des Diabetes anbetrifft, so stellt W. in erster Linie eine strenge Diät (Bouchardat'sche Diät). Nach einiger Zeit gestattet er jedoch wieder Amylaceen, allein immer unter Kontrolle des Urins. Neben der Qualität ist auch die Quantität der eingenommenen Nahrungsmittel sehr zu berücksichtigen. Die Diabetiker sollen nicht zu viel essen (genauere Daten giebt W. nicht an). Das Saccharin ist unbedingt zu verwerfen, da es die Verdauung hintanhält. Als Medikament bei Diabetes verabfolgt W. seit vielen Jahren das Chinin. sulf. in Dosen von 0,2—0,3 g pro die. Er sieht im Chinin kein Specificum gegen den Diabetes, sondern ein Tonicum, welches den Organismus widerstandsfähiger macht. Die Prognose des langsam fortschreitenden Diabetes ist quoad vitam bei geeigneter Behandlung eine ziemlich günstige. **E. Levy** (Straßburg i/E.).

13. Neumann (Königsberg). Notizen zur Pathologie des Blutes.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 318.)

1) Das melanämische Pigment.

Verf. untersucht einige Präparate von schwerer Malaria, die Dr. Schellong von Finschhafen auf Neuguinea mitbrachte und außerdem zwei ältere Milzen von Intermittenskranken aus der Königsberger Sammlung. Das in diesen Präparaten enthaltene Pigment gab keine Eisenreaktion und Verf. schließt daraus, dass dieses Pigment, das erst seit Kurzem gebildet sein konnte, aus dem Hämoglobin direkt entstehen könne, ohne vorher Stadien zu durchlaufen, welche die Charaktere des von ihm sog. Hämosiderin zeigen. Dass solche Zwischenstufen vorkommen, war durch Martin Schmidt experimentell bewiesen, der das Melanin erst nach längerer Zeit (28. Woche) auftreten sah. Es giebt also eine doppelte Entwicklung des Melanins aus dem Hämoglobin.

2) Die Charcot'schen Krystalle bei Leukämie.

Verf. findet dieselben nur in den Fällen, wo sich die großen ein- oder mehrkernigen Leukocyten mit reichlichem Protoplasma im Blut finden und das Knochenmark dem entsprechend verändert ist. Bei rein lienaler oder lymphogener Leukämie fehlen die Krystalle. **Hansemann** (Berlin).

14. A. Knie (Moskau). Beitrag zur Frage der Lokalisation der motorischen Fasern im Plexus brachialis.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 14.)

K. hat anlässlich der Exstirpation [einer malignen (Sarkom) Geschwulst des Halses wahrgenommen, dass dieselbe nach Usur des 4. resp. 5. Halswirbels auf die Dura mater spinalis übergreife und mit vorderen Rückenmarkswurzeln zusammenhänge. Diesen Zusammenhang löste er durch Umschneidung der Dura mater und Durchschneiden der betreffenden vorderen Wurzelfäden. Die natürliche Folge dieses mit dem bekannten Experimente der Wurzeldurchschneidung identischen Eingriffes war gleich nach Vollendung der Operation sichtbar: Motorische Lähmung im Bereiche der Schulter- und Oberarmmuskeln bei intakter Sensibilität; Motilität und Sensibilität des Vorderarmes blieben unbeeinflusst. Sehr bald stellte sich degenerative Atrophie im Bereiche der betroffenen Muskeln ein. K. erschließt nun aus den eingetretenen Ausfallserscheinungen (Unmöglichkeit, den Arm zu erheben, der Ab- und Adduktion, der Rotation nach außen im Schultergelenke etc.), nachdem er annehmen zu dürfen glaubt, er habe wirklich die 5. Cervikalnervenwurzel durchschnitten, die motorischen Innervationsverhältnisse für die betreffenden Muskeln. So erschließt er z. B., dass der M. latissimus dorsi und der M. pectoralis major, deren Funktion (Adduktion) total ausgefallen ist (von denen der eine bekanntlich vom N. subscapularis longus, der seine Äste aus dem 5., 6., 7. und 8. Cervikalnerven bezieht, der andere von den Nn. thoracicis, die aus den vier untersten Cervikalnerven und dem 1. Brustnerven entspringen, versorgt wird), die motorischen Fasern einzig und allein aus der 5. Cervikalnervenwurzel beziehen

müsse. In ähnlicher Weise wird für die anderen betroffenen Muskeln der Bezug der motorischen Fasern aus der 5. Cervikalnervenwurzel erschlossen oder ausgeschlossen. Zum Schluss zeigt K., dass bezüglich der Gruppirung der Nervenäste im Plexus brachialis das Gesetz der Solidarität der Funktion maßgebend ist, indem die Nervenäste für funktionell zusammengehörige Muskeln nahe beisammen liegen.

F. Kanders (Wien).

15. v. Krafft-Ebing. Ein Beitrag zur Athetosis bilateralis idiopathica.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 16.)

Ein 42jähriger stets ganz gesund gewesener Mann fährt 3 Stunden lang auf offenem Wagen bei strömendem Regen, wird ganz durchnässt und vermag nicht, wieder warm zu werden. Das Kältegefühl dauert in den Oberextremitäten kontinuirlich an, während es nach 2 Tagen in Beinen und Kopf schwindet. Gleichzeitig bemerkt Pat., dass er den Löffel nicht mehr halten kann, da die Finger sich versteiften und dem Willen nicht mehr gehorchten. Bald begannen spontane Bewegungen der Finger, alle Hantirungen wurden dem Pat. unmöglich und er ließ sich zwei Monate nach erlittener Erkältung in die Grazer Nervenklinik aufnehmen.

Stat. praes.: Klage des Pat. über Kältegefühl in den oberen Extremitäten und über Steifigkeit der Finger, die jedoch aktiv und passiv frei beweglich sind. Die Finger beider Hände in beständiger beugender, streckender, sich anpressender und spreizender Bewegung. Dieses krampfhafte Spiel ist auf die Fingermuskulatur beschränkt; die linke Seite ist stärker afficirt. Die Bewegungen finden in den Metacarpophalangealgelenken statt. Schreiben nicht möglich, Essen nothdürftig ausführbar.

Keine Spur von Ataxie oder Intentionszittern. Grobe Muskelkraft wenig herabgesetzt. Fibrilläre Zuckungen der Muskeln des Daumenballens.

Elektrische Erregbarkeit normal. Tiefe Reflexe an den oberen Extremitäten, besonders rechts, gesteigert. Patellarreflex beiderseits stark, auch Achillesreflex gesteigert.

An beiden Händen Sensibilitätsstörung, besonders links; beiderseits abnehmend von den Fingern zur Handwurzel; auf der Streckseite viel intensiver als auf der Beugeseite.

Tast-, Temperatur- und Schmerzgefühl sehr herabgesetzt. Pat. klagt über ein Gefühl, als ob die Finger an beiden Händen mit Leder überzogen wären.

An den unteren Extremitäten keine Sensibilitätsstörungen. Von Seiten des Gehirns und der Hirnnerven kein Befund, eben so wenig im Gebiete der vegetativen Organe.

Ordination: 5,0 Kal. brom. pro die. Galvanische Behandlung täglich, stabil 3′, 2 Milliampères. Anode plex. brachialis, Kathode im Nacken.

Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand im Verlaufe zweier Monate derart, dass Krampfbewegungen nur noch nach längerer Anstrengung und vorübergehend in Form von Beugebewegung des gestreckten zweiten und dritten Fingers und des Daumens der rechten Hand auftreten. Die Reflexe waren noch gesteigert.

Pat. bestand auf seiner Entlassung und meldete nach einem Monat die Rückkehr der Erkrankung. Bei größerer Ausdauer des Pat. hätte sich jedenfalls eine völlige Heilung erzielen lassen.

M. Cohn (Berlin).

16. Seggel. Die ophthalmoskopischen Kennzeichen der Hirnsyphilis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. p. 407.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der einschlägigen Litteratur theilt S. 3 Fälle von Hirnlues mit. Die ophthalmoskopischen Erscheinungen, welche nach antisyphilitischer Behandlung wieder zurückgingen und desshalb als charakteristisch zu betrachten sind, betrafen hauptsächlich die Gefäße: im Anfang auffällig breiter, weißer Reflexstreifen der Arterien, Verschwinden des doppelten Kontours, das schöne helle Roth der arteriellen Blutsäule wird in ein schmutziges Grauroth verwandelt, sodann verlieren die Gefäße den Reflexstreifen, sind verengt und werden schließlich in einen feinen weißen Streifen verwandelt. Auf energisch eingeleitete

Schmierkur Rückgang aller Erscheinungen in umgekehrter Reihenfolge und Restitutio ad integrum. Dieser Befund steht im Einklang zu den Beobachtungen Haab's, dem auch S. die Priorität in gewisser Beziehung nicht streitig machen will. Wichtig ist, dass Hirnlues konstatirt wurde, bevor Sehstörungen vorhanden waren und dass ferner in Folge der frühzeitigen Feststellung der Diagnose Hirnsyphilis die sofort eingeleitete antiluetische Therapie den Process in den Netzhautarterien vor dem Auftreten von hämorrhagischem Infarkt und retinitischen Erscheinungen zur Rückbildung brachte und damit einer Sehstörung, wie sie in anderen Fällen auftrat, vorgebeugt wurde. Es erscheint daher indicirt, auch nur beim leisesten Verdacht auf Hirnlues zum Ophthalmoskop zu greifen.

A. Cramer (Freiburg i/Br.).

17. **E. Schiff.** Zur Pathologie und Therapie des Ekzems im Kindesalter.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 12—15.)

Unter 1017 hautkranken Kindern waren 449 mit Ekzem behaftet und hiervon fiel der größte Procentsatz auf das erste resp. zweite Lebensjahr. Die Disposition zu dieser Erkrankung ist nach S. für die kindliche Haut in ihrem Bau und in ihrer physiologischen Funktion gegeben. Es kommen hierbei 4 Momente in Betracht: 1) die dünne Epidermis, 2) die oberflächliche Lage des Papillarkörpers und seines Gefäßnetzes, 3) der im Vergleiche zur Haut des Erwachsenen stärkere Turgor, 4) die habituelle Hypersekretion der Hautdrüsen des Kindes.

Joseph (Berlin).

18. **J. Moller.** Großer schwimmhosenartiger Naevus pilosus mit Pigmentsarkom.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 13.)

Der mitgetheilte Fall zeigt eine große Ähnlichkeit mit allen übrigen bekannten besonders mit jenem oft citirten Michelson's (Ziemssen's Handb. Bd. XIV), weicht aber in so fern davon ab, als hier ein merkwürdiger Schrumpfungsvorgang von Sarkomen konstatirt wurde. Bei der Geburt des nunmehr 5jährigen Knaben wurden am Kreuzbein und Gesäße mehrere sich mammaartig anfühlende Geschwülste bemerkt. Ein nahezu kleinfaustgroßer Tumor, welcher quer und breit am Kreuzbein aufsaß, zeigte ein rasches Wachsthum und wurde, als er die Größe einer Mannesfaust erreicht hatte, im 2. Lebensjahre des Knaben exstirpirt. Die anatomische Untersuchung ergab ein ausgebreitetes Pigmentmal mit sarkomatöser Entartung. Als Verf. den Pat. nach einigen Jahren wiedersah, fand er kein Recidiv an der operirten Stelle vor, dagegen eine beträchtliche Verkleinerung der übrigen Tumoren, welche sich nur wie verdickte Hautfalten präsentirten.

Joseph (Berlin).

19. **M. S. Gutteling.** Over de behandeling van psoriasis vulgaris met Jodkalium.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 17.)

Die Behandlung von Psoriasis vulgaris ist, wie eine historische Übersicht erkennen lässt, bis jetzt eine kümmerliche. Die Berichte von Haslund über den günstigen Effekt der Jodkaliumbehandlung veranlassten van Haren Noman, dieses Mittel in seiner Klinik und Poliklinik zu Amsterdam anzuwenden.

Die Resultate waren die folgenden: Von 22 Fällen sind 5 völlig geheilt (1mal nachdem ein Recidiv eingetreten), 5 zeigten nur noch spärliche Reste, als sie sich der Behandlung entzogen, 5 sind fast ganz geheilt, doch es wird die Kur noch fortgesetzt und 7 sind gebessert, doch Heilung konnte nicht erzielt werden, theils wegen eintretendem Jodismus. Übrigens wurde das Jodkalium in größeren Dosen gut ertragen. Im Allgemeinen haben die Pat. an Körpergewicht zugenommen, Albuminurie ist nicht konstatirt worden, doch war die Pulsfrequenz bis 100 und 120 erhöht und auch katarrhalische Affektionen verschiedener Schleimhäute sind öfters vorgekommen.

In den oben mitgetheilten Fällen wurde lediglich Jodkalium verschrieben und zwar bis zu Tagesdosen von 30—40 ja 57 g und in Totaldosen von 2,3 und 3,7 kg.

Die Erfolge haben Verf. nicht befriedigt. Nur die recenten Fälle scheinen für das Jodkalium geeignet zu sein; in den anderen Fällen war es oft unmöglich über ein gewisses Stadium der Besserung hinwegzukommen, und leistet das Arsen wenigstens dasselbe. **Feltkamp** (Amsterdam).

20. Runeberg (Helsingfors). Quecksilberintoxikation mit tödlichem Ausgange nach subkutanen Kalomelinjektionen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Eine 34jährige syphilitische Frau, die immer schwächlich gewesen und viel an Nasenbluten und Kopfschmerzen gelitten, war in der Poliklinik mit subkutanen Kalomelinjektionen behandelt worden, von denen im Ganzen im Verlaufe eines Monats drei à 0,1 applicirt worden waren. Unter den Erscheinungen der akuten Quecksilberintoxikation wurde sie etwa 14 Tage nach der letzten Einspritzung in das Krankenhaus gebracht. Der Befund war: Hochgradige Schwäche, Abmagerung und Anämie, sehr reichliche Menses; übelriechende diarrhoische Stühle; Schmerzen im Munde. Temperatur 38,6°. Mikroskopisch finden sich im Blute ausgesprochene Veränderungen der rothen Blutkörperchen in Bezug auf Form und Größe; unvollständige Geldrollenbildung. Am Zahnfleisch graugelbliche Ulcerationen. Im Stuhle finden sich außerdem zahlreiche Bothriocephaluseier. Tod erfolgt in Koma nach 10 Tagen.

Sektion: Beginnende Infiltration der linken Lunge. Im Dickdarm, besonders auf der Höhe der Falten tiefgreifende diphtherische Infiltrationen und Ulcerationen. Im linken Glutealmuskel ein kleiner fibröser, wenig eingetrocknete, käsige Massen enthaltender Herd; ein zweiter im rechten Glutealmuskel enthielt etwa 2 Esslöffel dickflüssiger, grauweißer Flüssigkeit. Nur in dem Inhalt der letzteren Höhle wurde eine reichliche Menge Quecksilber nachgewiesen.

Wenn gleich in diesem Falle eine Komplikation mit einer wohl schon früher vorhandenen bösartigen Anämie vorlag, so dürfte derselbe immerhin geeignet sein, das Bedenkliche der subkutanen Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate zu zeigen. Jedenfalls soll man bei der Verabfolgung des Kalomels in dieser Form nicht über die Dosisgröße von 0,1 herausgehen. **Leubuscher** (Jena).

21. Ch. Broomhead. Fatal result of tobacco smoking.

(Med. chronicle 1889. März.)

Ein 13jähriger Knabe hatte sich durch das Rauchen von Cigaretten aus dunklem Tabak starkes Übelsein zugezogen; als er nach etwa $1^1/_2$ Stunden bewusstlos auf einem Klosett, wo er stark erbrochen hatte, gefunden wurde, waren die Pupillen mäßig kontrahirt, die Conjunctiven auf Berührung gänzlich unempfindlich, die Athmung langsam und etwas stertorös, der Puls war schwach, aussetzend und langsam; der Arzt wurde erst 3 Stunden später gerufen. als sich tonische und klonische Krämpfe eingestellt hatten. Auf subkutane Ätherinjektion besserte sich das Verhalten des Pulses, indessen trat trotz erneuter Ätherinjektion, obgleich der Puls an Frequenz und Stärke gewonnen hatte, der Tod eine Stunde später durch Respirationslähmung ein.

Bei der Sektion wurden die Großhirnventrikel voll von geronnenem Blut gefunden, die Aortenklappen waren verdickt und schlussunfähig, der linke Ventrikel hypertrophisch.

Gelegenheitsursache des Todes war das Tabakrauchen gewesen; ob aber in diesem Falle der Tod direkt als Folge der Tabakvergiftung bei einem herzkranken Individuum oder nicht auch als Folge der durch das heftige Erbrechen veranlassten Hämorrhagie in die Großhirnventrikel zu erklären sei, ist nach B.'s Meinung nicht mit Sicherheit festzustellen. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. **Sonnabend, den 14. September.** **1889.**

(Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf.)

Zur Ätiologie der tuberkulösen Kehlkopfgeschwüre.

Von

Dr. **Eug. Fraenkel.**

Die im Verlauf der bacillären Phthise im Kehlkopf auftretenden Ulcerationen sind zum bei Weitem größten Theil als bacilläre, durch den specifischen Einfluss des Koch'schen Tuberkelbacillus entstandene aufzufassen; insbesondere gilt dies auch von den bislang als aphthöse oder lentikuläre bezeichneten Geschwüren der Kehlkopf- (und Luftröhren-) Schleimhaut.

Vom anatomischen Standpunkt aus handelt es sich theils um aus echten, Langhans'sche Riesenzellen enthaltenden, Miliartuberkeln hervorgegangene, theils auf bald mehr circumscripte, knötchenartige, bald mehr diffuse central zerfallende kleinzellige Infiltrationen zurückzuführende Substanzverluste. Die letzteren erweisen sich durch den Gehalt an Koch'schen Bacillen als gleichfalls specifisch. Die an verschiedenen Stellen der Kehlkopfschleimhaut in wechselnder Mächtigkeit vorhandenen acinösen Schleimdrüsen spielen bei der Entstehung der tuberkulösen Processe im Kehlkopfinneren keine erhebliche Rolle und werden meist nur sekundär in die Krankheit bezogen.

Die tuberkulösen Krankheitsprodukte im Larynx zeigen einen wechselnden Gehalt an Tuberkelbacillen. Im Allgemeinen besteht zwischen Riesenzellen und Bacillen das von Baumgarten-Weigert früher betonte Verhältnis, dass, je reichlicher Riesenzellen, desto spärlicher Tuberkelbacillen angetroffen werden und umgekehrt. Tuberkelbacillen finden sich auch an nicht ulcerirten, von scheinbar intaktem Oberflächenepithel bekleideten Schleimhautpartien. Nicht selten begegnet man Tuberkelbacillen im Inneren von und zwischen den die Oberflächenbekleidung bildenden Epithelzellen.

Wie für die erste Entstehung, so stellen auch für den weiteren Entwicklungsgang der tuberkulösen Kehlkopfgeschwüre die Koch-schen Bacillen den wesentlichsten Faktor dar. Meist erst nachdem die bekannten specifischen Veränderungen Platz gegriffen haben — dann aber relativ häufig —, kommt es zu einer sekundären Infektion der bereits vorhandenen tuberkulösen Erosionen resp. Ulcerationen durch Invasion anderer Mikroorganismen, welche der Hauptsache nach zu den so weit verbreiteten eitererzeugenden Staphylo- und Streptokokken gehören. Der Tuberkelbacillus macht also die Gewebe erst für die Ansiedlung dieser Kokken geeignet. Das umgekehrte Verhalten wird nur selten beobachtet. Der Nachweis dieser sekundär in die Gewebe eingedrungenen Krankheitserreger gelingt durch Schnittuntersuchung und mittels des Kulturverfahrens mühelos.

Außer den durch die Wirkung des Tuberkelbacillus erzeugten specifischen Ulcerationen im Kehlkopf kommen — und zwar sowohl neben diesen als auch ohne solche — andere Geschwürsprocesse zur Beobachtung, welche lediglich durch die histologische Untersuchung als nicht specifische erkannt werden können, sich makroskopisch nicht mit Sicherheit von echt bacillären unterscheiden lassen. Diese, freilich nicht häufigen, Substanzverluste scheinen ziemlich regelmäßig die Schleimhaut auf den Process. vocales zu befallen und häufig an symmetrisch gelegenen Stellen dieser Gegend aufzutreten. Anatomisch handelt es sich entweder um einfache Erosionen oder um einen auch auf die tieferen Lagen der Tun. propr. herabreichenden Gewebszerfall. Ätiologisch sind auch hier Mikrokokkeninvasionen in die Gewebe verantwortlich zu machen.

Die Entstehung der tuberkulösen Kehlkopfgeschwüre ist wohl ausschließlich auf ein Eindringen des Koch'schen Bacillus von der Schleimhautoberfläche in die tieferen Gewebslagen zurückzuführen. Der entgegengesetzte, früher von Heinze, neuerdings von Korkunoff (Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV, Hft. 1 und 2) betonte Weg dürfte nach meinen Beobachtungen nur ausnahmsweise in Betracht kommen.

Die ausführlichere Begründung der vorstehend gemachten, in allen wesentlichen Punkten die Anschauungen Orth's thatsächlich stützenden Angaben, so wie die Beschreibung der in Anwendung gezogenen Untersuchungsmethoden wird demnächst anderen Orts erfolgen.

---

1. **J. Gad** und **M. Joseph.** Über die Beziehungen der Nervenfasern zu den Nervenzellen in den Spinalganglien.

(Archiv für Anatomie u. Physiologie. Physiol. Abth. 1889. p. 199.)

Für die Untersuchung der morphologischen und funktionellen Beziehungen der Spinalganglien zu den mit ihnen in Verbindung tretenden Nerven fanden die Verff. den N. vagus mit seinem den Spinalganglien homologen Ganglion jugularis (Plexus nodosus und Ganglioformis vagi) beim Kaninchen geeignet.

Zunächst wurde der Vagus central oder peripher von diesem Ganglion durchschnitten, nach 21—58 Tagen wurde die eingetretene Degeneration an Querschnitten des Nerven und seines Ganglions untersucht. Die Ergebnisse waren folgende: Bei Durchschneidung (Excision) zwischen Ganglion und Schädel degenerirt der centrale Stumpf größtentheils. In dem zwischen Excisionsstelle und Ganglion gelegenen Stück ist nur ein kleines mediales Faserbündel entartet; im Ganglion sind die zwischen den Ganglienzellen befindlichen Nervenfasern und von der Hauptfasermasse ein von den Verff. als »präseptal« bezeichneter Abschnitt (wahrscheinlich ventral, Ref.) verändert, das Übrige ist normal geblieben; im Vagusstamm, peripher vom Ganglion, findet sich nur eine mediale, der Entartung verfallene Zone; der N. laryngeus sup. ist partiell, der N. depressor größtentheils degenerirt.

Liegt die Excisionsstelle peripher vom Ganglion, so entartet der ganze peripherische Theil des Nerven; vom centralen ein nicht näher zu lokalisirender Antheil, im Ganglion der »postseptale« (dorsale) Faserabschnitt und ein Theil der zwischen den Nervenzellen gelegenen Fasern; zwischen Ganglion und Schädel findet sich eine mediale Zone des Nerven degenerirt.

Ohne Weiteres ist aus diesen Versuchen zu folgern, dass »ein guter Theil der Nervenfasern, so lange er mit dem Ganglion in Verbindung steht, intakt bleibt«; dass dies centripetale Fasern seien, war zu vermuthen. Weniger verständlich ist dagegen die totale Degeneration des Nerven nach Excision peripher vom Ganglion, die par-

tielle zu beiden Seiten des Ganglions und die im Nervenknoten selbst.

Die funktionelle Untersuchung ergab, »dass von den centrifugalen Vagusfasern nach Kontinuitätstrennungen sowohl peripher als auch central vom Ganglion die Verbindungen zum Ösophagus und Larynx total, diejenigen zum Herzen zum allergrößten Theile am 3. Tage ihre Reizbarkeit eingebüßt haben, und zwar letztere in demselben Maße, wie es auf der Höhe der Degeneration der Fall ist. Es gilt also auch für den Vagus, einschließlich des Laryngeus sup., dass die meisten seiner centrifugalen Fasern central vom Ganglion ihren Ernährungsherd besitzen«. Umgekehrt zeigt der größte Theil der centripetalen Vagusfasern, d. h. alle diejenigen, die zur Athmung in Beziehung stehen, nach Excisionen peripher vom Ganglion, sich unverändert wirksam, während sie nach Durchtrennung und central vom Ganglion funktionslos werden. »Diese centripetalen Fasern sind also auch beim Vagus in Bezug auf ihre Ernährung auf die Verbindung mit dem Ganglion angewiesen und diese Verbindung genügt für dieselben.« Mit der histologischen Prüfung der Entartung steht also dieses Ergebnis in vollkommenem Einklang.

Weitere Untersuchungen galten der Art der vorhandenen Verknüpfung von Vagusfasern und Ganglion. Sind die Fasern auf ihrem Wege durch eingeschaltete Ganglienzellen unterbrochen, so wird dadurch eine zeitliche Verzögerung der durch die betreffenden Fasern ablaufenden Erregungsvorgänge entstehen müssen. Als Reaktion, deren Eintritt sie bestimmten, diente den Verff. die durch centripetale Vagusreizung zu erzielende reflektorische Beeinflussung der Athmung. Die Versuchsthiere wurden apnoisch gemacht und die Reizung während des Athemstillstandes applicirt; oder der Reiz brach während einer bestimmten Phase der gewöhnlichen durch Chloral verlangsamten Athmung ein. Zur Reizung dienten, da einzelne Induktionsschläge nicht wirksam genug waren, tetanisirende Ströme; den Reizbeginn verzeichnete ein Kronecker-Pfeil'scher Chronograph. Die Athmung schrieb ein Gad'scher Volumschreiber oder eine Marey'sche Kapsel auf den rotirenden Cylinder. So konnten die bei Reizung des Nerven über oder unter dem Ganglion entstehenden Reflexzeiten mit einander verglichen werden.

Als Mittelwerth aus 148 Einzelversuchen mit peripherischer und 97 mit centraler Reizung ergab sich:

für die Reaktionszeit bei peripherischer Reizung 0,123 Sekunden
» » » » centraler » 0,087 »
also eine Differenz von 0,036 Sekunden.

Demgemäß schließen die Verff. aus ihren Experimenten, »dass die funktionellen Erregungswellen der centripetalen Nervenfasern die Nervenzellen der Spinalganglien wirklich zu durchsetzen haben«. Sie lassen aber vorläufig unentschieden, ob die Erregungswellen hierbei stets eine Verzögerung er-

fahren, was Exner auf Grund andersartiger Versuche in Abrede gestellt hat, »oder ob die Nervenzellen der Spinalganglien einer größeren Anzahl unterminimaler Anstöße bedürfen, um in Erregung zu gerathen und die Erregung centripetal weiter zu geben, als centraler gelegene celluläre Stationen der Nervenleitung. Die Hauptsache bleibt zunächst, dass Nervenzellen der Spinalganglien mit bipolarer Anordnung in den Verlauf der centripetalen Nervenbahnen eingeschaltet sein müssen«. Nach den Ergebnissen der Degenerationsversuche ist anzunehmen, dass diese Nervenzellen einen »trophischen« Einfluss auf die mit ihnen verbundenen Nervenfasern ausüben. Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. M. B. Schmidt. Über die Verwandtschaft der hämatogenen und autochthonen Pigmente und deren Stellung zum sogenannten Hämosiderin.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. p. 397.)

Nachdem Untersuchungen an verschiedenen pathologischen Objekten, welche notorisch hämatogenes Pigment enthielten, gezeigt hatten, dass dieses Pigment nur zum Theil die Eisenreaktion mit Ferrocyankalium gab, zum Theil nicht, suchte der Verf. durch experimentelle Prüfung festzustellen, wodurch dieser Unterschied bedingt sei. Seine Studien über das Schicksal der rothen Blutkörperchen außerhalb der Cirkulation und die Genese des Pigmentes aus ihnen wurden in einer doppelten Versuchsreihe an Fröschen und an Kaninchen angestellt. Den Fröschen wurden 100—150 μ dicke Hollundermarkplättchen, mit Froschblut durchtränkt in den Lymphsack gebracht und nach verschieden langer Zeit von 1—100 Tagen frisch oder gehärtet und gefärbt untersucht. Die Plättchen werden schnell von Leukocyten durchsetzt, welche sich unter Vermehrung in epitheloide, spindelige und Riesenzellen verwandeln. Später bilden sich Adhäsionen mit den anliegenden Organen und durch diese erfolgt eine mehr oder weniger vollständige Vaskularisation des neugebildeten Gewebes. Die ersten Veränderungen, welche an den mit den Plättchen eingeführten Blutkörperchen beobachtet werden, sind Veränderungen der Form — Abschnürungen, Zerreißungen durch die an ihnen zerrenden Wanderzellen — und der Farbe. Das Protoplasma entfärbt sich allmählich, und der Farbstoff tritt in Gestalt glänzender kugeliger Tropfen von intensiv grünlichgelber Farbe, welche in der umgebenden durchaus farblos bleibenden Flüssigkeit schwimmen, aus. Die Hämoglobintropfen zeigen zunächst sehr verschiedene Größe, die größeren zerfallen aber bald in kleine Tröpfchen und diese kleinen Tröpfchen wandeln sich später, sowohl frei in der Flüssigkeit schwimmend wie in Zellen eingeschlossen, in kleine Pigmentkörner von goldgelber Farbe um. Diese morphologisch fertig gebildeten Pigmentkörner zeigen aber noch nicht die chemische Be-

schaffenheit des Hämosiderin. Sie geben die Eisenreaktion nicht. Die Umwandlung in echtes Hämosiderin erfolgt erst, wenn durch die eintretende Vaskularisation der Stoffwechsel in dem Hollunderplättchen erhöht wird. Eine morphologische Veränderung der Pigmentkörnchen tritt dabei nicht ein.

Bei Kaninchen diente als Untersuchungsobjekt in die Lungen injicirtes Blut. Die Resultate stimmen mit den am Frosch gewonnenen überein. Auch beim Kaninchen sieht der Verf. die Einleitung der Pigmentmetamorphose der rothen Blutkörperchen in der Trennung des Stroma vom Hämoglobin, welches letztere in ungelöster Form direkt in die gelben Körner übergeht, gleichviel ob es von kontraktilen Zellen aufgenommen wird oder nicht. Die chemische Ausbildung hält mit der morphologischen ziemlich gleichen Schritt; nach etwa 3 Wochen sind alle Pigmentkörnchen in Hämosiderin umgewandelt und geben die Eisenreaktion. Nach Verlauf einer etwas längeren Zeit, etwa von der 9. Woche an, ändert sich aber das chemische Verhalten, die Eisenreaktion verschwindet allmählich wieder. Das Stadium der Eisenreaktion ist also nicht von Bestand, es repräsentirt nur eine Stufe in der fortwährend weiter schreitenden Entwicklung des scheinbar unveränderlichen körnigen Pigmentes und verschwindet mit dem zunehmenden Alter. Es giebt hämatogenes körniges Pigment, welches von gleicher Beschaffenheit und unter gleichen Umständen wie das Hämosiderin entstanden, kein mikrochemisch nachweisbares Eisen enthält. Die Resultate dieser Versuche sprechen, wie der Verf. betont, nicht gegen die Neumann'sche Theorie, dass die Lebensfähigkeit des Gewebes, in welches die rothen Blutkörperchen extravasiren, bestimmend ist für die Ausbildung des eisenfreien Hämatoidins oder des Hämosiderins. Wohl aber verbieten dieselben, aus dem mangelnden Eisengehalt eines Pigmentes auf die mangelnde Lebensfähigkeit des Gewebes zu schließen, in welchem es entstanden ist. Die Thatsache, dass das Stadium der Eisenreaktion vergänglich ist, möchte der Verf. für die Feststellung der Herkunft gewisser Pigmente verwerthen. Namentlich bezüglich der melanotischen Tumoren spricht er die Ansicht aus, dass »das in Farbe, Gestalt und Anordnung durchaus mit dem hämatogenen übereinstimmende Pigment derselben, so weit es nicht mikrochemisch nachweisbares Eisen enthält, als ein im späten Stadium, jenseits der Grenze der Hämosiderinperiode befindliches Blutpigment« anzusehen sei. Er nimmt an, dass dieses Pigment nicht in den Geschwulstzellen lokal gebildet werde, sondern »dass dasselbe auf dem Blutweg in die Geschwulst transportirt wird, in den kleinen Gefäßen zwischen den Endothelien hindurch das Lumen verlässt und in die Saftspalten des Gewebes eintritt, innerhalb deren es zu den Sarkomzellen gelangt, um zum Theil von ihnen aufgenommen zu werden. Auch für das Hautpigment und für das Pigment der Ganglienzellen in der Substantia nigra

der Hirnschenkel ist der Verf. geneigt anzunehmen, dass es hämatogenes Pigment ist, welches seine Eisenreaktion wieder eingebüßt hat.

F. Neelsen (Dresden).

---

3. P. Foà und A. Bonome. Über Schutzimpfungen. (Aus dem patholog.-anatom. Institut zu Turin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. V. p. 415.)

Kulturen des Proteus vulgaris wirken, wie die Verf. schon früher festgestellt haben, bei intravenöser Injektion für Kaninchen pathogen. Dagegen kann man durch 1—2 ccm des Blutes von Thieren, welche an der Proteusinfektion gestorben sind, keine Krankheitserscheinungen bei anderen Thieren hervorrufen, aber die Thiere werden dadurch gegen virulente Proteuskulturen immun. Impfungen mit der gleichen Blutmenge von frisch getödteten gesunden Thieren bewirkten keine Immunität. Bei Bouillon- oder Gelatinekulturen des Proteus aus dem Blut der mit demselben inficirten Thiere ergab sich, dass die 1—2 Tage alten Kulturen eine verminderte Virulenz zeigten und die geimpften Thiere häufig nicht tödteten, sondern nach vorübergehender Krankheit immun machten. Die volle Virulenz trat erst in 7—8 Tage alten Kulturen auf. Bouillonkulturen des Proteus, welche durch Filtration mittels Chamberland'schen Filters keimfrei gemacht waren, bewirkten schon in geringen Dosen (1 ccm) Immunität, die auch 15 Tage nach der Injektion noch bestand. Das frische Blut von Thieren, die durch Proteus capsulatus getödtet waren, bedingte, wenn es in etwas größeren Mengen injicirt wurde, gleichfalls Immunität gegen den Proteus vulgaris.

Die Verff. vermutheten nach diesen Ergebnissen, dass die Immunität durch rapide Anpassung des Thierkörpers an ein von dem Proteus gebildetes Gift bedingt werde. Die gegen die Proteusimpfung immunen Thiere bleiben für den Pneumococcus Fraenkel's und für die Bacillen der Kaninchenseptikämie empfänglich. Das in den Proteuskulturen gebildete Gift chemisch rein darzustellen, war den Verff. nicht möglich. Der starke Fäulnisgeruch solcher Kulturen und der Umstand, dass in dem durch Proteus faulenden Fischfleisch Neurin gebildet wird, veranlassten sie zu der Annahme, dass das fragliche Gift vielleicht Neurin oder ein diesem nahestehender Körper sei. Durch Injektion einer sehr verdünnten Lösung von Neurin (mit Cholin gemischt) in die Vena jugularis vermochten sie mehrere Thiere mit derselben Sicherheit immun zu machen wie mit der sterilisirten Proteuskultur.

Versuche in analoger Weise angestellt mit sterilisirten Kulturen von Hühnercholera und Pneumoniekokken ergaben keine Immunität und zwar, nach Ansicht der Verf., weil diese Bakterien nicht toxisch, sondern parasitär wirken.

Die Verff. glauben, dass die Immunität durch Schutzimpfungen praktisch eher bei den toxisch wirkenden Bakterienformen zu erzielen sein werde. Bei den immunen Thieren fanden sich die injicirten

Proteusfäden reichlich in Zellen der Milz eingeschlossen. Die Verff. sehen in diesem Verhalten aber keinen Beweis für Phagocytose, sondern glauben, dass die Organismen nur aufgenommen wurden, weil sie schon abgestorben waren. **F. Neelsen** (Dresden).

---

4. W. Rosenblath. Beiträge zur Pathologie des Milzbrandes. (Aus dem patholog. Institut zu Marburg.)

(Virchow's Archiv Bd. CXV. p. 371.)

1) Über die Übergangsfähigkeit der Milzbrandbacillen von der Mutter auf den Fötus.

Zur Klärung der in neuester Zeit wieder vielfach diskutirten Frage, ob Milzbrandbacillen von der Mutter auf den Fötus übergehen können, unternahm der Verf. eine Reihe von Experimenten an Meerschweinchen. Von 5 trächtigen Thieren, welche an typischem Impfmilzbrand starben, wurden 9 Föten erhalten, die sämmtlich nahezu ausgetragen waren. Unter 76 aus Milz, Leber und Blut dieser Föten angelegten Kulturen ergaben 5 die Entwicklung von Milzbrandkolonien, und zwar 4 aus Leber-, eine aus Milzsaft stammend. Diese 5 Milzbrandkolonien stammten von 3 Föten und von 3 verschiedenen Versuchen, während 2 Versuche ein durchaus negatives Resultat gaben. Bei einem der Föten wuchs auf einer von 10 Kulturen Milzbrand, in dem zweiten Falle war unter 20 Kulturen eine von Erfolg. Bei dem dritten Fötus waren zwei Kulturen aus der Leber und eine aus der Milz erfolgreich. In der Leber dieses Fötus wurden auch auf Schnitten sehr spärliche Bacillen gefunden. Aus diesen Befunden zieht Verf. den Schluss, dass ein Übergang der Milzbrandbacillen von der Mutter auf den Fötus bei Meerschweinchen in der That vorkommt. Er hält aber dieses Ereignis für ein sehr seltenes und glaubt, dass die Infektion in solchen Fällen auf placentare Blutungen zurückzuführen sei, obwohl er bei seinen positiven Beobachtungen Blutungen von größerer Ausdehnung nicht gefunden hat.

2) Über einen Fall von Milzbrand beim Menschen (Mischinfektion mit Mikrokokken).

Ein 8jähriger Knabe, welcher sich bei dem Schlachten einer kranken Kuh inficirt hatte, erkrankte nach 3 Tagen unter Bildung eines Bläschens unter dem linken Auge, von wo aus sich in den nächsten Tagen eine ödematöse Schwellung der Haut bis über die Schulter hinaus ausbreitete; das Allgemeinbefinden war wenig gestört, geringe Temperatursteigerung, aber Beschleunigung des Pulses. Am 4. Krankheitstage trat der Tod ziemlich schnell unter den Erscheinungen der Herzlähmung ein. Der Sektionsbefund zeigte keine hochgradigen Organveränderungen. Hämorrhagien von geringfügiger Ausdehnung in den Schleimhäuten und dem Gewebe der Lymphdrüsen und außer dem Hautödem ein hochgradiges Ödem des retroperitonealen Bindegewebes bildeten den wesentlichen Befund. Bei der Untersuchung des frischen Blutes und Milzsaftes wurden keine Milzbrandbacillen gefunden; erst in Schnittpräparaten wurden sie durch Färbung in sehr geringer Zahl nachgewiesen, etwas reichlicher nur in der primär afficirten Hautpartie. Dagegen fanden sich in allen Organen reichlich in Ketten zusammenhängende Kokken. Die letzteren wuchsen leicht auf Plattenkulturen, dagegen konnten die Milzbrandbacillen nur bei Bluttemperatur auf Serum und Hydroceleflüssigkeit zur Entwicklung gebracht werden. Geimpfte Mäuse starben später als bei Impfungen mit viru-

lentem Milzbrand. Obwohl der Verlauf der Krankheit und das Thierexperiment dafür sprechen, dass in dem vorliegenden Fall ein abgeschwächtes Virus vorhanden war, konnte der Verf. doch an keiner Stelle der untersuchten Organe einen Einschluss von Bacillen in Zellen nachweisen. Die neben den Bacillen vorhandenen Kokken deuten darauf hin, dass hier von Anfang an eine Mischinfektion stattgefunden hat. F. Neelsen (Dresden).

---

5. **Maragliano** (Genua). 1) Die Hautgefäßreflexe im physiologischen Zustande. 2) Die Hautgefäßreflexe bei Fiebernden.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 2 u. 3.)

Um die wichtigen vaskulären Erscheinungen beim Fieber, die im innigsten Zusammenhang mit dem Mechanismus desselben stehen, zu studiren, hat M. zunächst die Gesetze der Hautgefäßreflexe im physiologischen Zustand zu erkennen versucht. Er bediente sich dabei der Fano'schen Methode. Der eine Vorderarm wurde in einen Glascylinder hermetisch verschlossen, die Puls- und Volumenschwankungen mittels Luftröhren an einen rotirenden Cylinder geschrieben. Auf den anderen Vorderarm wurde der Reiz in Form des elektrischen Stromes ausgeübt, der Moment des Reizes genau auf den rotirenden Cylinder getragen. Versuchsfehler, die durch Erregungen der Sinnesorgane oder durch Gemüthsbewegungen entstehen konnten, wurden mit allen Kautelen ausgeschlossen. Untersuchungen an 66 Individuen ergaben folgende Schlüsse: Nicht immer sind die Hautreize von vaskulären Reflexen gefolgt. Sind sie es, so können diese entweder — was das Häufigste ist — als konstriktive oder als dilatatorische Erscheinungen auftreten. Der Zeitmoment zwischen Reizmoment und Reflexeintritt schwankt von Individuum zu Individuum zwischen 3,1—6,8 Sekunden. Eben so der Zeitverlauf bis zum Höhepunkt der Reaktion von 2—14 Sekunden und die Gesammtdauer der Reaktion zwischen 10 und 45 Sekunden. Die Zeit, deren die Gefäße bedürfen, um zum vorigen Kaliber zurückzukehren, schwankt zwischen 15 und 64,6 Sekunden. Die Gefäßreaktion ist nicht immer der Intensität des Reizes und seiner Dauer proportional, während des Schlafes und nach dem Essen ist sie viel lebhafter als im wachen Zustand und bei leerem Magen. Aus der Verschiedenheit dieser Resultate bei Versuchen im physiologischen Zustande ergab sich die Nothwendigkeit, das Verhalten der gefäßerregenden Centren im fieberhaften Zustande nur an der Hand der vergleichenden Versuche bei demselben Pat. festzustellen und diesen sowohl im fieberhaften wie im fieberlosen Zustande zu prüfen. Es ergab sich aus derartig angestellten Untersuchungen, die gleichfalls unter denselben Kautelen vorgenommen wurden, dass, wie im normalen Zustand auch hier der Reflex, gewöhnlich als Verengerungs-, seltener als Erweiterungserscheinung sich bemerklich machte. Manchmal ging der Hauptreaktion eine vorübergehende konträre Nebenreaktion voran. Bei einem und demselben Individuum

reagiren die Gefäße während des Fiebers nicht wie während der fieberfreien Zeit. Gewöhnlich waren im Fieber die Reaktionen energischer, rascher und dauerhafter, als in den Perioden der Apyrexie — oft war jedoch auch das Gegentheil zu beobachten. Bei einer Anzahl Personen fanden weder im Fieber noch in der Apyrexie Wirkungen der Reize statt.

Honigmann (Gießen).

6. Santvoord (New York). The causes of rupture of cerebral and aortic aneurism during sleep.

(Med. record 1889. März 16. p. 287.)

Im Anschluss an seine pathologisch-anatomische Beobachtung hatte Biggs im Amer. journ. of the med. sciences for March 1889 darauf hingewiesen, dass Rupturen der Aortenaneurysmen nur in wenigen Fällen während großer Körperanstrengung erfolgen, und dass die geläufige Ansicht über den Einfluss der Muskelarbeit auf die Entwicklung der Dilatation und die Ruptur der Aorta nicht mit den Thatsachen in Einklang stehe. Dem Verf. dieser Besprechung, S., ist es seit Langem aufgefallen, dass so häufig während des Schlafes Rupturen der miliaren Aneurysmen vorkommen, welche dieselben Bedenken zeitigen, wie sie Biggs für die Rupturen der Aortenaneurysmen äußerte. Die Ursache für die Annahme, dass während einer Körperanstrengung das Aortenaneurysma nur selten reißt, will S. darin finden, dass während der Anstrengung der intrathoracische und intraabdominale Druck gesteigert sei durch Schluss der Glottis und Kontraktion der bezüglichen Muskeln und dieser extravasculäre Druck bilde das wirksame Gegengewicht gegen den gesteigerten intravaskulären Druck. Erfolgt eine Zunahme des arteriellen Druckes ohne Körperanstrengung, z. B. durch Gemüthsbewegung oder Schreck, so fällt die günstige extravaskuläre Beeinflussung aus und so erkläre es sich, warum während des Schlafes oder in der Ruhe die Aortenaneurysmen so häufig reißen, böße Träume, plötzlicher Lärm etc. bilden für den Schlaf die Ursache. Für die von S. beobachtete Thatsache, dass im Schlaf die häufigsten Gehirnapoplexien vorkommen, lässt er dieselbe Erklärung gelten, indem während der Anstrengung der gehinderte Abfluss des Blutes aus dem Gehirn die Venen und Kapillaren dehne und diese Ausdehnung einen gesteigerten extraarteriellen Druck hervorrufe, welcher die intraarterielle Steigerung kompensire: letzteres Moment fällt fort, wenn die körperliche Anstrengung durch psychische Thätigkeit ersetzt wird. Einen Beweis für diese Thesen hat Ref. nirgend wo in der Arbeit finden können.

Prior (Bonn).

7. M. Köppen. Über Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XX. p. 825.)

Durch gelegentlichen Eiweißbefund bei Delirium acutum und bei frischer Manie aufmerksam gemacht, hat K. in den letzten 2 Jah-

ren den Urin namentlich von solchen Kranken untersucht, bei welchen sich die Erregung bis zu deliriumartiger Höhe steigerte. Er benutzte zum Nachweis des Eiweißes die verschiedensten Proben. Propepton, welches er sehr oft fand, ist nach ihm sicher vorhanden, wenn der Urin mit Salpetersäure in der Kälte einen Niederschlag giebt. Unter den 80 Pat., von welchen die Krankengeschichten mitgetheilt werden, litten 14 an Delirium acutum, 23 an Manie, 6 an Verwirrtheit, 1 an Delirium tremens, 3 an Verrücktheit, 5 an Epilepsie, 4 an Hysterie, 10 an Melancholie, 14 an Dementia paralytica. Ein negatives Ergebnis (kein oder nur Spuren von Eiweiß) gaben 3 Fälle von Delirium acutum, 4 von Manie, 1 von Verrücktheit, 4 von Hysterie, 5 von Melancholie, 9 von Dementia paralytica. Weitere 6 Fälle können auch nicht als ganz beweisend angesehen werden, weil eine Eiweißausscheidung bedingende Komplikationen vorhanden waren.

In größter Menge fand sich Eiweiß stets bei Delirium acutum. Auch bei anderen Psychosen wurde Eiweiß konstatirt, wenn die Krankheit den Charakter eines Delirium annahm. Die Beobachtung Fürstner's, dass die Eiweißausscheidung bei Delirium tremens zu- und abnimmt mit dem Grade der Verwirrtheit und Benommenheit, bestätigt K. in 7 Fällen dieser Krankheit. Dieser Befund gilt auch für andere Psychosen: Mit der Zu- und Abnahme der Verwirrtheit und Benommenheit sinkt und steigt der Eiweißgehalt. Bei Epileptikern fand K. namentlich in den deliriumartigen Zuständen, welche entweder als Äquivalent für einen Anfall oder nach einem Anfall auftraten, beträchtliche Mengen Eiweiß. Sowohl in diesen Fällen, als wie bei einer pathologischen Beeinflussung der Nieren durch das Großhirn überhaupt, schien das Propepton als das erste Anzeichen des abnormen Vorganges vorauszugehen.

Dass umgekehrt auch auf dem Boden von Nierenerkrankung (Nephritis chronica, durch Arteriosklerose herbeigeführte Albuminurie) eine Psychose sich entwickeln kann, weist K. an überzeugenden Fällen nach. **A. Cramer** (Freiburg i/Br.).

---

8. **M. Bernhardt.** Über die Behandlung Tabischer mittels Suspension.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 24.)

9. **Eulenburg** und **Mendel.** Ergebnisse der Suspensionsbehandlung bei Tabes dorsalis und anderen chronischen Nervenkrankheiten.

(Neurologisches Centralblatt 1889. No. 11.)

10. **Raoult.** Traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension.

(Progrès méd. 1889. No. 25.)

B. hat nach dem von Motschukowski und später von Charcot empfohlenen Verfahren (cf. die diesbezüglichen Referate in d.

Blatte No. 12 und 23 d. J.) vom 22. Februar bis zum 27. Mai d. J. an 21 Kranken, — 19 Männern und 2 Frauen —, im Ganzen 256 Aufhängungen vorgenommen. Bezüglich der technischen Einzelheiten schließt M. sich ganz den Charcot'schen Vorschriften an; er hebt jedoch besonders die Wichtigkeit einer guten Polsterung der Achselriemen behufs Vermeidung einer Druckparalyse hervor. Die Dauer der Suspension überschritt mit Ausnahme eines Pat., der einige Male 4 Minuten lang suspendirt war, nicht die Dauer von 3 Minuten und begann mit einer Dauer von $^1/_2$ Minute. Üble Folgen hat B. nur zweimal gesehen, das eine Mal einen Ohnmachtsanfall, der sich in der Folge nicht wiederholte, das andere Mal einen epileptiformen Anfall, der bei erneuter Suspension sich wiederholte und zur Einstellung dieser Behandlungsmethode zwang. Schon nach einer Suspensionszeit von einer halben Minute war der Puls der Art. radial. unfühlbar. seine Frequenz nach der Suspension war meist um einige Schläge vermehrt. Auf das ebenfalls empfohlene Heben der Arme während der Suspension, das nur wenige Pat. dabei auszuführen vermögen, legt B. kein Gewicht. Die Suspensionen wurden jeden zweiten Tag ausgeführt, nach 10—12maliger Behandlung ließ B. eine Pause von 8—14 Tagen eintreten, mit der die meisten Pat. zufrieden waren, während einige sich bei ununterbrochener Suspension wohler zu fühlen angaben. Die Zahl der Suspensionen schwankte bei den einzelnen Pat. zwischen 3—25.

Was nun den Erfolg dieser Behandlungsmethode betrifft, so hat sich B. in einer Reihe von Fällen — ohne die psychische Einwirkung zu unterschätzen — von dem günstigen Einfluss der Suspension auf das Befinden der Kranken überzeugt. Die Besserung erstreckte sich in den einzelnen Fällen bald auf die lancinirenden Schmerzen, die bei einzelnen Kranken über einen Monat hinaus verschwanden, bald auf den Gang, der sicherer und leichter wurde. Bei anderen Kranken traten die seit Jahr und Tag verschwundenen Erektionen und Ejakulationen wieder auf. Doch warnt B. diesen Erfolg der Suspension nicht zu überschätzen, da eine wirkliche Libido coeundi nicht vorhanden ist und die Ejakulation meist zu früh und somit fruchtlos zu Stande kommt. Einzelne sog. »Enthusiasten« berichteten schon nach wenigen Hängungen über ein angenehm belebendes Gefühl, über vermehrte Wärmeempfindung in den Beinen, verbesserte Funktion der Blase, entschieden gebessertes Allgemeinbefinden. Bei einem Kranken verschwand sogar das Doppeltsehen, bei einem anderen besserte sich angeblich die seit Jahren bestehende Taubheit. Daneben gab es jedoch eine Anzahl Pat., die gar keine Veränderung in ihrem Befinden nach jener Behandlung verspürten.

In Bezug auf die Frage nach dem wirksamen Moment bei dieser Behandlungsmethode schließt sich B. der Ansicht Charcot's an, wonach durch die Entfernung der Wirbel die einzelnen Nervenwurzeln von einander entlastet und die cirkulatorischen Verhältnisse in

den Scheiden dieser Nervenwurzeln, der Rückenmarkshäute und des Rückenmarks selbst verändert werden.

Seine Erfahrungen fasst B. zum Schluss in die Sätze zusammen, dass die Methode der Suspension bei einer großen Anzahl von Tabeskranken anwendbar ist, da, wenn auch natürlich keine Heilung, so doch immerhin eine temporäre Besserung damit bei einem Theil derselben erzielt werden kann. B. verlangt jedoch die vorsichtige Vornahme der Methode unter steter Aufsicht des Arztes und den Ausschluss solcher Kranken von der Suspension, die sehr heruntergekommen sind, besonders herz- und lungenkranke Individuen, so wie solcher, die diese Behandlung schlecht vertragen.

A. Neisser (Berlin).

Von E. und M. wurden mit Suspension 40 Pat., darunter 34 Tabiker, behandelt, welche letzteren fast ausschließlich alte und schwere Fälle waren und bereits die anderweitigen Kurmittel gebraucht hatten. Die Gesammtzahl der Suspensionen betrug 975. Dieselben wurden in der Regel 3mal wöchentlich, auch häufiger, ja sogar täglich vorgenommen. Die Suspensionsdauer schwankte zwischen 1 bis 3 Minuten. Außer den Tabikern fand die Methode noch Anwendung bei disseminirter Sklerose (1), bei chronischer Myelitis (1), traumatischer Neurose (1), bei Paralysis agitans (3). Bei der multiplen Sklerose und einem Falle der Schüttellähmung wurde durch die Suspensionen das Allgemeinbefinden erheblich besser, bei den anderen wurde kein Erfolg aufgezeichnet.

Von den 34 Tabikern entzogen sich 5 spontan der weiteren Anwendung der Suspension, 6 wurden als ungebessert, 2 als gebessert entlassen; von den übrigbleibenden 21 Fällen konnten 4 oder 5 als erheblich gebessert, 11 oder 12 als einigermaßen gebessert bezeichnet werden, wogegen 5 bisher als fast ganz unverändert erschienen. Die Besserung bezog sich nur auf einzelne Symptome und betraf in den verschiedenen Fällen den Schlaf, das Allgemeinbefinden, das Romberg'sche Symptom, die Blasenstörungen, die lancinirenden Schmerzen, die Motilität, die Parästhesien, Hyper- und Anästhesien, die Potenz, den Kopfschmerz, die gastralgischen Anfälle, die Amblyopie (?). Dagegen wurden das Westphal'sche Symptom, die Myosis und reflektorische Pupillenstarre nicht beeinflusst. In einem Falle wurde eine Verschlimmerung der Blasenstörungen behauptet.

Auf Grund ihrer Beobachtungen sprechen sich die Verff. dahin aus, dass die Methode der Suspensionsbehandlung weder als ganz werthlos zu betrachten, noch auch andererseits geeignet sei, sehr weitgehende Erwartungen nachhaltig zu befriedigen.

J. Ruhemann (Berlin).

Nach Angabe einiger kleiner Verbesserungen an dem von Sayre angegebenen Apparate und kurzer Rekapitulirung der von Charcot geübten Suspensionsmethode giebt R. eine Übersicht über die bisher von den verschiedensten Autoren erzielten Resultate. Er bezieht

sich dabei auf die Versuche, die in den größeren Pariser Instituten angestellt, und die, welche in einigen amerikanischen und italienischen Zeitschriften veröffentlicht sind, während die von deutschen Forschern bisher mitgetheilten Ergebnisse (z. B. Mendel-Eulenburg, Bernhardt) unberücksichtigt bleiben.

Die Urtheile aller Autoren stimmen ziemlich überein; fast überall ist erhebliche Besserung aller Symptome zu verzeichnen gewesen, allerdings sind üble Zufälle nicht ausgeblieben. R. betont dann, wie wichtig es ist, dass die Suspensionen nur unter Aufsicht eines Arztes ausgeführt werden und erwähnt 4 Fälle, bei denen bei Personen, die selbständig die Methode angewandt haben, der Tod eingetreten ist, so wie eine ganze Reihe von unangenehmen Zufällen bei dem gleichen Verfahren.

Schließlich geht er zu einer Schilderung der Kontraindikationen über. Dazu gehören zunächst besondere Änderungen des Allgemeinzustandes, wie zu große organische Schwäche, intensive Anämie, seien sie aus der Nervenaffektion oder aus einer anderen begleitenden Ursache entsprungen. Ödem, durch welches die sonst schmerzlose Suspension schmerzhaft werden kann, eben so wie Obesitas bilden zwar keine eigentliche Kontraindikation, aber sie verlangen eine höchst genaue Aufsicht und gewisse Vorsichtsmaßregeln.

Eine weitere Kontraindikation bilden chronische Affektionen des Athmungsapparates, wie das Emphysem und die Lungenphthise, die sich mit Oppressionsanfällen verbinden, da man die Beobachtung gemacht hat, dass während der Suspension die Respiration gleichzeitig häufiger und oberflächlicher wird. Eben so wird auch die Mehrzahl der Störungen im Herzgefäßsystem durch die Suspension beeinflusst. Bei ausgebildetem Atherom könnte durch den Druck der Schulterriemen Ruptur der Achselgefäße, ferner Kongestionen, Apoplexien zu Stande kommen.

Die Kontraindikationen seitens des Nervensystems sind noch nicht genügend festgestellt, insbesondere hinsichtlich der Kranken mit spastischen Phänomenen. Eher würde eintretender Schwindel eine Kontraindikation abgeben, obwohl Motschukowski erwähnt, dass das Plaudern mit den Pat. während der Suspension das Schwindelgefühl nicht aufkommen lässt.

Endlich muss man noch den Zustand der Zähne prüfen, welche manchmal genügend lädirt sind, um das Anlegen der Schlinge zu verhindern; die bei manchen Tabikern vorhandene Neigung zu Spontanfrakturen wird selbstverständlich gleichfalls berücksichtigt werden müssen.

M. Cohn (Berlin).

---

11. Demme. Über die Anwendung der Strophanthuspräparate im Kindesalter.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 2 u. 3, p. 21 u. 38.)

Als Einleitung sendet D. das Ergebnis seiner experimentellen Prüfung des Strophanthus voraus. D., welcher seine Beobachtungen

am Froschherzen in situ und vermittels Durchspülungsversuche unter Anwendung des Kronecker'schen Froschherzmanometer anstellte, fand, dass der Strophanthus oder seine Tinktur im Anfange der Wirkung die systolische Kontraktion des Herzens, wenn auch weniger als die Digitalis, verstärkt und verlängert, dass ferner bei vorsichtiger Dosirung dieser Effekt längere Zeit unterhalten werden kann, dass jedoch bei rascher Steigerung der Dosis die Systole bald unvollständiger wird und sich peristaltische Kammerkontraktionen einstellen, welche zur Lähmung des Herzmuskels mit Stillstand in Systole führen. Da diese toxische Beeinflussung des Herzmuskels bei Strophanthus unberechenbarer und plötzlicher eintritt als bei der Digitalis, so bedarf die Anwendung des Strophanthus, zumal bei Kindern, einer größeren Vorsicht als die Verwendung der Digitalis. Mit der Steigerung der Energie der Kammersystole geht eine Verlängerung der Diastole einher. Die Pulszahl nimmt ab. Sinkt die Energie der Kammersystole, so steigt die Frequenz.

Im Anschluss an diese Resultate, welche in den Angaben von Langgaard und Blumenau ihre Bestätiguug finden, folgen die Erfahrungen, welche D. an 21 Kindern gewann, welche an nicht kompensirten Mitralfehlern, Scharlachnephritis, Pleuritis exsudativa, Asthma bronchiale, Lungentuberkulose, Tussis convulsiva litten; er stellt folgende Sätze mit Recht auf: 1) dass Strophanthus im Kindesalter erlaubt sei, jedoch erst vom 5. Lebensjahre an; größere Dosen als 4—5mal 3 Tropfen der Tinktur sind mit Rücksicht auf die schnelle lähmende Wirkung auf den Herzmuskel zu verbieten. 2) Die prädominirende Wirkung des Strophanthus ist die Zunahme der Urinabsonderung und dadurch Beseitigung der hydropischen Beschwerden. Eine Kompensation des Klappenfehlers tritt lange nicht so zuverlässig auf wie bei dem Digitalisgebrauch. Bei Krankheiten, bei welchen bereits ein erhöhter oder auch ein normaler Blutdruck besteht, bleibt die diuretische Wirkung aus. 3) Überraschend günstig kann die Strophanthustinktur sich bei der Beseitigung dyspnoetischer Beschwerden erweisen, so bei chronischer Nephritis, Asthma bronchiale, Pertussis. 4) Der Vergleich mit der Digitalis lehrt, dass die Digitalis noch immer obenan steht, wo es sich um rasche Kompensation und Erzielung einer prompten Steigerung des Blutdruckes handelt; versagt hier die Digitalis, so ist auch vom Strophanthus kein besserer Erfolg zu hoffen. Ist aber der Klappenfehler durch Digitalis kompensirt und handelt es sich bei Nachlass der Digitaliswirkung um eine Vermehrung der Diurese, oder treten dyspnoetische Beschwerden in den Vordergrund, da vermag der Strophanthus nicht selten befriedigenden Erfolg zu erzielen. Doch empfiehlt sich auch hier die Kombination von Digitalis und Strophanthus. Eine kumulative Wirkung des Strophanthus wurde nicht beobachtet.

Prior (Bonn).

---

12. G. Baillé. Étude thérapeutique de l'Hysterionica Baylahuen.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Februar 28.)

Aus der botanischen Beschreibung, welche B. von der oben genannten Pflanze giebt, ist erwähnenswerth, dass ähnlich wie bei der ihr nahe stehenden Species der Grindelia robusta, alle Theile der Pflanze mit einer harzigen, gelben, specifisch riechenden Exsudation bedeckt sind, welche die Wasserverdunstung der auf ganz trockenem heißen Boden wachsenden Pflanze zu verhüten bestimmt ist. Die Pflanze wurde in zwei Arzneiformen zu therapeutischen Versuchen angewandt: 1) als Infusion (1 : 150), 2) als alkoholische Tinktur (1 : 5). Besonders eingehende chemische Angaben über die Pflanzenbestandtheile werden nicht weiter gemacht; es wird nur mitgetheilt, dass ein Harz und ein ätherisches Öl vorhanden seien.

Die alkoholische Tinktur bewirkte zu 20 Tropfen in einem schleimigen Vehikel gegeben bei chronischen Bronchitiden Verminderung, so wie leichtere Lösbarkeit des Sekretes, welches außerdem seinen unangenehmen durch Zersetzungen bedingten Geruch nach mehrtägiger Medikation verlor.

In Form der Infusion erwies sich die Drogue als ausgezeichnetes Antidiarrhoicum, als welches sie bereits von Cervello in ihrer Heimat Chili benutzt und empfohlen war; besonders lobt B. die Wirkung bei den Diarrhoen der Phthisiker.

Bei Cystitiden nahm der üble Geruch und die Trübung der Urine ab und ihre Reaktion wurde wieder sauer.

Auch auf entblößte Wundflächen applicirte B. die alkoholische Tinktur in Watte imprägnirt; das sich abscheidende Harz bildete eine schützende, antiseptische Decke, ähnlich wie Kollodium. Die zweckmäßigste Form der Ordination für die interne Anwendung ist nach B. die Infusion der Pflanze (1 : 150).

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

13. Lemoine. De l'hyoscine.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 3.)

Nach einer eingehenden Litteraturübersicht beschreibt Verf. die unter seiner Leitung im Asile de Bailleul bei Geisteskranken mit dem Hyoscin angestellten Versuche. Es wurde Hyoscin hydrochlor. in Dosen von 0,5—1 mg subkutan bei Pat. mit chronischer Manie mit vorübergehenden Anfällen von Aufregung angewendet. Gaben von einem halben Milligramm waren fast stets erfolglos. Nach Injektion von 1 mg klagten die Kranken bisweilen über Schmerzen und Stechen im Arm und Schulter. Die Zunge wurde belegt, der Mund trocken, bitterer Geschmack, Verminderung der Speichelsekretion, kalter Schweiß auf der Stirn in einigen Fällen. Fast stets ist Pupillenerweiterung beiderseits vorhanden, die 10 Minuten bis zu einer halben Stunde nach der Einspritzung beginnt. Dabei besteht

vollkommene Lähmung der Accommodation, die Sehkraft wird trübe, Lesen unmöglich. Ungefähr 1 Stunde nach Beginn der Erweiterung verengt sich die Pupille beiderseits gleichmäßig. Muskelparese war bei keinem Kranken vorhanden. Eine Pat. machte 10 Minuten nach der Injektion den Eindruck einer Trunkenen; sie schwankte, lehnte sich gegen die Wand, sang, hatte Hallucinationen etc. Jedoch dauerte dieser Zustand nicht lange an. Niemals gelang es durch Anwendung des Mittels der Aufregung der Kranken Herr zu werden. Eine hypnotische Wirkung desselben war also keineswegs deutlich. 3 bis 4 Stunden nach der Einspritzung allerdings entsteht Schlaf, der bis zum Morgen anhält. Die Versuche wurden bis jetzt erst bei einer geringen Anzahl von Pat. ausgeführt, so dass sie als noch nicht abgeschlossen gelten müssen. Vielleicht, meint L., werden die Ergebnisse bei Fortsetzung der Anwendung des Mittels günstigere sein.

G. Meyer (Berlin).

---

14. **Dalché** et **Villejean.** Nouvelles recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth.

(Bullet. génér. de thérap. 1888. November 15 u. 30.)

In einer früheren Mittheilung hatten D. und V. über die akute durch basisches Wismuthnitrat herbeigeführte Vergiftung berichtet; der Gegenstand dieser neueren Untersuchungen war die chronische Form der Wismuthvergiftung, welche die Verff. durch wiederholte subkutane Injektionen von basischem Wismuthnitrat (25 cg bis 1 g einmal jede Woche) bei Hunden hervorriefen. Die bei dieser chronischen Vergiftung beobachteten Erscheinungen glichen noch mehr als diejenigen der akuten Vergiftung denen bei anderen Metallvergiftungen, wie z. B. durch Quecksilber, Blei.

Von allen Organsystemen ward bei der akuten wie bei der chronischen Vergiftung am heftigsten der Magen- und Darmtractus afficirt; besonders auffallend war stets eine Stomatitis, welche mit braun-violetten oder schwärzlichen, glänzenden, über die Mundschleimhaut zerstreuten Flecken und einem eben solchen Saum am Zahnfleischrand begann (ähnlich dem Burton'schen »Bleisaum«) und eine große Neigung zur Gangrän besaß. Fast alle Thiere hatten an einer ruhrartigen Diarrhoe gelitten; bei der Sektion sah der Darm bis zur Ileocoecalklappe zwar normal aus, von hier ab aber war seine Schleimhaut schwärzlich verfärbt und mit ekchymotischen Plaques besät. Die Leber erschien normal; unter dem Mikroskop war allenthalben eine kongestive Erweiterung des Pfortadersystems neben im Übrigen ganz intakt gebliebenen Leberzellen zu konstatiren. Eben so betrafen in der Niere die Veränderungen vor Allem das Gefäßsystem der Glomeruli; während des Lebens hatte persistent Albuminurie bestanden.

Die beobachteten Motilitätsstörungen betrafen nicht einzelne Muskelgruppen, sondern gleich ganze Extremitäten; die Sensibilität

der gelähmten Glieder schien auch vermindert. Die Sehnenreflexe waren erhalten, dessgleichen die Reaktion der Pupillen auf Licht.

Die Symptome der chronischen Wismuthvergiftung ähneln demnach viel mehr denjenigen der Blei- und der Quecksilbervergiftung wie den chronischen Vergiftungen durch Arsen und Antimon.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

Kasuistische Mittheilungen.

15. G. Cornet. Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VI. Hft. 1.)

Um den Einfluss der Krankenpflege auf die Mortalität speciell an Tuberkulose festzustellen, hat C. das wegen seiner Stabilität zu einer derartigen Untersuchung besonders geeignete Personal der katholischen Krankenpflegeorden einer statistischen Bearbeitung unterworfen. Dieselbe geschah in der Hauptsache in der Weise, dass die gleichen Altersklassen der Klöster einerseits, des gesammten Staats andererseits einander gegenüber gestellt werden und bestimmt wurde, wie viele von der gleichen Zahl Lebender hier und dort im Laufe eines Jahres im Ganzen und wie viele an den einzelnen Krankheiten zu Grunde gingen. Es ergiebt sich hier, dass die relative Sterblichkeit vom 15.—20. Jahre auf die gleiche Zahl Lebender berechnet im Kloster die im Staate um das Vierfache übertrifft, vom 20. bis zum 30. Jahre um das Dreifache, vom 30.—40. Jahre beträgt sie noch das Doppelte und von da ab erst beginnt sie sich mit der des Staates gleich zu halten. Die Ursache dieser Erscheinung ist lediglich in der enormen Zunahme der Tuberkulose zu suchen, welche zum Theil in den Krankenpflegeorden sogar 9mal mehr Opfer hinrafft, als in der übrigen Bevölkerung. Einen geringen Antheil an der hohen Sterblichkeitsziffer hat noch der Typhus, welcher auch um das 8—10fache des Normalen steigt. Noch auffallender wird die ungünstige sanitäre Stellung der Krankenpflegeorden, wenn man die Lebenserwartung gleicher Altersklassen in ihnen und im Staate überhaupt vergleicht. Ein mit 17 Jahren der Krankenpflege sich widmendes Mädchen stirbt um 21½ Jahr früher, als die gleichaltrige übrige Bevölkerung; eine Krankenpflegerin im 25. Jahr steht in Bezug auf die Lebenserwartung auf der nämlichen Stufe mit den bereits 58jährigen Personen außerhalb des Klosters, eine im 33. Jahre gleich den 62jährigen. Da, wie C. ausführt, die in den Orden eintretenden Personen sämmtlich gesund sind, da das Klosterleben an und für sich keine Leben und Gesundheit schädigende Momente mit sich führt, kann die Ursache der erhöhten Sterblichkeit nur in der Krankenpflege selbst, nur in der Infektion gesucht werden. Bezüglich der Bekämpfung dieser Verhältnisse verweist er auf seine früher ausgesprochenen prophylaktischen Vorschläge.

Strassmann (Berlin).

16. E. Pfuhl. Über Desinfektion der Typhus- und Choleraausleerungen mit Kalk.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VI. Hft. 1.)

Nach den günstigen Ergebnissen der Versuche von Kitasati und Leborius erschien es wünschenswerth zu prüfen, in welcher Menge und in welcher Form der Ätzkalk am besten zu verwenden ist, wenn es sich um Desinfektion von Typhus- und Choleraausleerungen selbst handelt. P. hat nun festgestellt, dass schon der Zusatz von 2 Gewichts- (oder auch Volum-) Procent einer 20%igen Kalkmilch während der Dauer einer Stunde beide Organismen abtödtet. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer schlechten Beschaffenheit des Kalkes ist praktisch von Wichtigkeit, dass jedes Mal sobald die Lackmuspapierprobe deutliche alkalische

Reaktion nachweist, der Kalkzusatz als zur Desinfektion genügend betrachtet werden kann. Eine gehörige Vermischung der Kalkmilch mit den Fäkalien ist nothwendig. **Strassmann** (Berlin).

17. **D. Baldi.** L'escresione della creatinina durante il digiuno e sua formazione nell' organismo.

(Sperimentale 1889. März.)

B. hat bei Herrn Succi während seines 30tägigen Fastens den Harn auf Kreatinin untersucht. Der quantitative Nachweis geschah nach der Neubauer'schen Methode, der qualitative mittels Nitroprussidnatrium. Es zeigte sich das Kreatinin stets vorhanden, bis zum 17. Tage in wägbaren Mengen, von da an in Spuren. Das Verhältnis des Kreatinins zum Gesammtstickstoff blieb ungeändert. B. sieht in diesen Beobachtungen eine Stütze für die Ansicht, dass die Entstehung von Kreatin und Kreatinin mit der Bildung des Harnstoffes nichts zu thun habe.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

18. **G. Misuraca.** Sull' azione delle temperature elevate sul sangue in rapporto alla produzione dell' emina.

(Riforma med. 1889. No. 52.)

Wenn Verf. (menschliches?) Blut Temperaturgraden zwischen 140 und 190° C. aussetzte während einer Zeitdauer von 5—60 Minuten, so sah er das Blut die Eigenschaft Häminkrystalle zu bilden, verlieren. Es ergiebt sich daraus bei der Blutprobe an verdächtigen Flecken für den Gerichtsarzt die Nothwendigkeit, nachzuforschen, ob das Untersuchungsobjekt und wie lange es dem Einfluss höherer Temperaturen ausgesetzt gewesen ist. **G. Sticker** (Köln).

19. **Rhese.** Über die Beziehungen der Albuminurie zur Glykosurie.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Nach einer Zusammenstellung der in der Litteratur niedergelegten Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Albuminurie und Glykosurie, so wie Schlussfolgerungen aus denselben, beschreibt R. die Krankengeschichte eines auf der Klinik von Leyden beobachteten 17jährigen Burschen, der von gesunden Eltern stammt; einer seiner Brüder ist anscheinend phthisisch. Er selbst war nie ganz gesund, sondern hatte Spuren von Rachitis und war seit seinem 10. Jahre sehr blass. Im 12. Jahre wurden ihm durch Überfahren drei Rippen und ein Arm gebrochen. Sein Gang wurde von nun an unsicher, sein Aussehen blässer. Ostern 1888 Bluthusten, Erbrechen, Abnahme des Appetits, Mattigkeit; auf dem Lande besserte sich der Zustand etwas, aber es stellte sich viel Durst und Gefühl von Trockenheit im Munde ein. Bei der Untersuchung des kleinen, blassen, schwachen, anämischen Individuums ergeben sich links oben Dämpfung und Rasseln, Erbrechen vorhanden, Stuhl bisweilen diarrhoisch. Urin sehr reichlich, enthält viel Albumen, 0,28% Zucker, kein Sediment; Herz gesund. Die Zuckermenge blieb beinahe stets konstant, während die Menge der genossenen Kohlenhydrate sehr verschieden war. Es liegt also kein Diabetes vor. Die Ursache der Glykosurie ist wohl in einer Affektion des 4. Ventrikels zu suchen. Eine Erkrankung, die diese und die die Albuminurie erzeugende Nierenerkrankung hervorrufen könnte, wäre Arteriosklerose, Syphilis, Tumoren in Gehirn und Nieren. Nach dem Verlauf, Anamnese und Status sind erstere beiden auszuschließen; jedoch könnten von Geschwülsten Tuberkeln im Gehirn (Gegend des 4. Ventrikels) hier vorhanden sein, wofür alle sonstigen Anzeichen sehr wohl verwerthbar sind (Lungenphthise). Gegen Nierentuberkulose spricht das Fehlen von Sediment im Harn und der Hämaturie: jedoch ist eine durch die Tuberkulose bedingte Amyloiderkrankung der Nieren sehr wohl denkbar.

Die Obduktion des prognostisch absolut ungünstigen Falles konnte nicht gemacht werden, da Pat. auf seinen Wunsch aus der Charité entlassen wurde.

G. Meyer (Berlin).

20. Banck. Über das Verhalten des akuten Gelenkrheumatismus zu Jahreszeiten und Monaten.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Aus der Statistik des Verf. über den akuten Gelenkrheumatismus im Spandauer Garnisonlazarett in den Jahren 1882—1888 ergiebt sich, dass ein wesentlicher Einfluss der Jahreszeiten auf das Auftreten genannter Erkrankung nicht festzustellen war; immerhin zeigte sich auch hier, übereinstimmend mit den Beobachtungen anderer Autoren, das dritte Quartal des Jahres als am wenigsten von der Krankheit belastet. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 38 Tage. Im Ganzen erkrankten im erwähnten Zeitraum von der Garnison, deren Stärke zwischen 4450 und 5500 Mann schwankte, 240 Personen. Als Ursache des Gelenkrheumatismus ist in 10% der Fälle Erkältung angegeben; 4mal sind äußere Ursachen (Stoß oder Fall) genannt; in 2 Fällen waren die Pat. mit Schüttelfrösten erkrankt. Komplikationen mit bleibendem Herzfehler zeigten sich 4mal, je 1mal mit Scharlach (Nephritis), Pleuritis, Pneumonie, akutem Bronchialkatarrh. Einmal bildeten sich multiple Abscesse; letzterer Fall endigte letal, außerdem noch zwei mit Vitium cordis komplicirte Fälle. Therapeutisch wurde Salicylsäure, bei einigen Kranken Antipyrin ungefähr mit dem gleichen Erfolge gereicht.

G. Meyer (Berlin).

21. F. A. Hoffmann. Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Leipzig vom Sommer 1888.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 4.)

I. Der Eiweißgehalt der Ödemflüssigkeiten.

Bei einer Anzahl verschiedenartiger Krankheiten wurde der Eiweißgehalt der Anasarkaflüssigkeiten untersucht, um den eventuellen Werth desselben für die Diagnose festzustellen. Es zeigte sich zunächst, allerdings nur an einem Falle geprüft, dass die aus Bauch, Ober- und Unterschenkel gleichzeitig entnommenen Proben Differenzen des Eiweißgehaltes von 0,1 aufwiesen. Die größte Anzahl der Punktionsflüssigkeiten hatte unter 1% Eiweiß. Aus den Gesammtergebnissen lässt sich als brauchbare Regel aufstellen, dass die gewöhnlich durch Kachexie und Stauung zu Stande kommenden Ödeme weniger als 1% Eiweiß, gewöhnlich zwischen 0,1—0,8% enthalten. Ferner, dass eine Ödemflüssigkeit mit einem Eiweißgehalt von unter 0,1% eine schwere Nierenaffektion meist mit amyloider Degeneration zu diagnosticiren gestattet.

Bei einem Eiweißgehalt von 0,8—4,0% liegen gewöhnlich besondere Umstände, vielleicht auf nervöse Einflüsse zu beziehen, vor.

II. Fichtner. Globulinbestimmungen in Ascitesflüssigkeiten.

Die von Hofmeister und Kander studirte Eigenschaft des schwefelsauren Ammoniaks, aus thierischen Flüssigkeiten Albumin und Globulin zu trennen und dadurch die Möglichkeit eines quantitativen Nachweises der beiden Körper zu geben, wurde benutzt, um diese Bestimmungen an Trans- und Exsudaten auszuführen und zu prüfen, ob sich hier vielleicht bestimmte Verhältnisse zwischen beiden Eiweißkörpern für verschiedene Arten dieser Flüssigkeiten ergeben würden. Im vorliegenden Aufsatz unterlagen dieser Prüfung zehn Ascitesflüssigkeiten. Die Resultate waren negativ. Der Gesammteiweißgehalt geht dem specifischen Gewicht annähernd parallel, der Globulingehalt aber schwankt ganz unregelmäßig; bald ist er ganz unbedeutend, bald fast gleich dem Albumingehalt.

III. L. Krehl. Über Arsenlähmungen.

Ein 23jähriger Mann nahm auf ärztliche Verordnung, eines Hautausschlages wegen, steigende Dosen von Solut. Fowleri. Als Folgen des übermäßigen Gebrauches stellten sich zuerst Durchfälle und große Mattigkeit, später Kriebeln und Zittern an Händen und Füßen, Schwindel und Schmerzen in den Waden ein. Als die Aufnahme in das Krankenhaus erfolgte, hatte Pat. im Ganzen 134,63 Solut. Fowleri (1,346 Acid. arsenicos.) genommen.

Aus dem Status heben wir hervor: Starke Abmagerung und Schwäche in den

Gliedern. Die Haut ist am ganzen Körper dunkelbraun, trocken, abschuppend. Geringer horizontaler Nystagmus. Nichts an den inneren Organen. Muskeln am Rumpf reagiren auf faradische und galvanische Reize, auch ist die Sensibilität am Rumpf normal. Die Extremitäten sehr mager; Bewegungen sind zwar sämmtlich ausführbar, geschehen aber mit sehr geringer Kraft; im Allgemeinen sind die Beuger kräftiger, als die Strecker. Störungen der Koordination bestehen nicht. Nervi peronei sind am Capitul. fibul. beiderseits druckempfindlich. Kriebeln und Taubsein in Händen und Füßen. Patellarreflexe fehlen; Hautreflexe unverändert. Schmerzempfindung ist erhalten. Tast- und Ortsempfindung an den Zehen gestört. Bei jedem Versuche zu stehen, fällt der Kranke um.

Elektrisch findet sich partielle Entartungsreaktion an Unterarmen, Händen, Oberschenkeln; komplete an den Unterschenkeln.

Während die Schmerzen und Parästhesien rasch abnahmen, zeigte sich allmählich das Gefühl für Lage der Finger und Zehen stark herabgesetzt. Auch das Erkennen von Gewichten war gestört. Im weiteren Verlaufe besserten sich auch diese Erscheinungen; die rohe Kraft nahm zu, der Kranke konnte herumgehen, wenn auch mit ausgesprochener Peroneuslähmung. Galvanisch waren der N. peroneus und tibialis beiderseits auch jetzt nicht erregbar.

IV. **Fichtner.** Die akute gutartige Milzschwellung.

Verf. theilt 3 Krankheitsfälle mit, die sich in ihrem Symptomenbilde nicht unter die bekannten einreihen lassen. Sie sind charakterisirt

1) durch ziemlich raschen Beginn und zwar unter mäßigen Allgemeinerscheinungen; Kopfschmerz, Schwindel, Appetitlosigkeit, Zeichen mäßigen Fiebers;

2) Bei der ersten Untersuchung, in den betreffenden Fällen am 2.—4. Tage findet sich als auffallendstes Symptom ein ziemlich harter, deutlich fühlbarer Milztumor, daneben in zwei Fällen ein empfindlicher Leib, in einem dritten eine mäßige Bronchitis, in allen drei Fällen geringes Fieber.

3) Die Krankheit läuft in wenigen Tagen ab und kommt zur Heilung.

Gegen die Diagnose eines Typhus levissimus spricht der im Beginn der Erkrankung schon vorhandene harte, große Milztumor.

Ob es wirklich gerechtfertigt ist, auf Grund dieser 3 Krankheitsfälle von einer eigenartigen »Fichtner'schen Krankheit« zu sprechen; wie das H. in einer Anmerkung am Schlusse des Artikels thut, möchten wir doch noch bezweifeln. Ref.

V. **F. Windscheid.** Methylenchlorid als lokales Anaestheticum bei verschiedenen schmerzhaften Affektionen.

Das Methylenchlorid wurde in Sprayform bei 21 Pat. mit verschiedenartigen schmerzhaften Affektionen 55mal je eine Minute lang applicirt. 36mal mit, 19mal ohne Erfolg. Die Zeit der Besserung der Schmerzen schwankte zwischen einer Stunde und einem halben Tage; für die Dauer einer Nacht reichte der Erfolg nicht aus. Unangenehme Nebenerscheinungen traten nur ein, wenn das Medikament mit Schleimhäuten in Berührung kam; hier erzeugte es intensives Brennen.

Leubuscher (Jena).

22. A. Hanau. Über die Entstehung der eiterigen Entzündung der Speicheldrüsen.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. IV. p. 487.)

Verf. untersuchte 6 Fälle von eitriger Entzündung der Parotis, Submaxillaris und Sublingualis mit besonderer Berücksichtigung der Lokalisation der Eiter- und Bakterienherde. In allen Fällen konnte er nachweisen, dass die größeren Drüsengänge zuerst ergriffen wurden und die Krankheit sich von dort aufsteigend auf die Drüse fortsetzte. Verf. schließt daraus, dass die Speicheldrüsenentzündung stets vom Munde und nicht durch Ausscheidung vom Blut aus stattfinden könne. Der Kokkenbefund lässt im Allgemeinen auf eine gleichartige Erkrankung der Drüsen schließen, während die Grundkrankheiten in den 6 Fällen durchaus verschieden waren (es handelte sich um Pneumonie, Peritonitis, Phthisis pulmonum, Hernia incarcerata, Sepsis) und nur das gemeinsam haben, dass die Drüsenentzün-

dung in den letzten Stadien hinzutrat. Obgleich bei dem Phthisiker Soor im Munde nachgewiesen wurde, fand sich doch nichts davon in den Eiterherden der Parotis.

Hansemann (Berlin).

23. A. Hanau. Über einen Fall von eitriger Prostatitis bei Pyämie als Beitrag zur Lehre von den Ausscheidungskrankheiten.

(Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. IV. p. 507.)

Im Gegensatz zu der vorigen Arbeit konnte Verf. aus der Lokalisation der Bakterien zwischen Stroma und Drüsenzellen, in den Drüsenzellen selbst, so wie zischen diesen und im Lumen der Drüsengänge, bei einem an »Pyämie« verstorbenen Manne, in der Prostata nachweisen, dass hier die Eiterung durch Aufnahme der Bakterien aus dem Blute resp. durch Sekretion derselben entstanden war.

Hansemann (Berlin).

24. Schrötter. Zwei Fälle von Chorea minor, der eine mit rascher Heilung, der andere mit tödlichem Ausgang.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 18.)

Ein schwächliches Mädchen von 21 Jahren, das an akutem Gelenkrheumatismus gelitten hat und bei dem ein ausgesprochener Herzfehler — Insufficienz et Stenosis valvulae mitralis — besteht, erkrankt an Chorea minor. Nach der Plötzlichkeit des Auftretens, der Heftigkeit der Zuckungen und wegen des Ergriffenseins der Respirationsmuskeln ist der Fall zu den schweren zu rechnen. Die Zuckungen nehmen noch sehr zu, die Kranke ist schwer im Bett zu halten; große Unruhe; vielfache Verwundungen. Wenig Schlaf, während desselben Ruhe.

Ordination: Kalte Begießungen von Kopf und Rücken im lauen Halbbade. An den ersten 3 Tagen 4,0 Bromnatrium pro die.

Am 3. Tage schon war Pat. ruhiger; am 5. auffällige Besserung. Nach 14 Tagen alle Erscheinungen geschwunden.

S. legt auf die kalten Begießungen einen großen Werth.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 17jährigen kräftigen, vorher stets gesunden Menschen. Erkrankung ebenfalls sehr heftig. Gleiche Therapie. Tod am 6. Tage. Sektionsergebnis: Hyperaemia cerebri et meningum. Oedema cerebri acutum.

Es lassen sich keinerlei Momente auffinden, um die große Verschiedenheit in dem einen und in dem anderen Krankheitsgange zu erklären.

M. Cohn (Berlin).

25. A. Joffroy et Ch. Achard. Gangrène cutanée du gros orteil chez un ataxique. Considérations sur le rôle de la névrite périphérique dans l'ataxie.

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 2.)

Bei einem ausgesprochenen Fall von Tabes, der mit Phthisis pulmonum komplicirt war, bestand ein doppelseitiger sog. tabischer Klumpfuß. In Folge der starken Spannung der Haut entwickelte sich auf dem Dorsum der linken großen Zehe auf dem Interphalangealgelenk ohne ein accidentelles Trauma eine Gangrän der Haut, die den Knochen und das Gelenk freilegte. 3 Tage darauf trat der Exitus ein.

Die Sektion ergab neben den typischen Veränderungen des Rückenmarkes eine mäßige Degeneration der Nervenfasern der linken großen Zehe; die Nervenfasern der zweiten Zehe waren in gleicher Weise betroffen, während die Degeneration der Fasern an der dritten ganz gesunden Zehe bei Weitem am stärksten war.

Die Verff. heben im Anschluss an diesen Fall hervor, dass der Beweis eines kausalen Zusammenhanges zwischen den trophischen Störungen der Tabiker und der peripheren Neuritis bisher nicht erbracht ist. Während einerseits bei Fällen, die mit starken trophischen Störungen komplicirt waren, die Autopsie keine Alte-

ration peripherer Nerven konstatiren konnte, ergab andererseits die Untersuchung von Fällen, die sich ohne jede trophische Störung abgespielt hatten, das Bestehen einer vorgeschrittenen Neuritis. Im vorliegenden Falle fand sich auch in dem Nerven der gesunden dritten Zehe die stärkste Veränderung, während die Fasern der erkrankten großen Zehe nur wenig betroffen waren. Dass die Neuritis eine gewisse Rolle bei jenen Dystrophien spielt, geben die Verff. zu, jedoch halten sie dieselbe für sekundär. Das wesentliche ursächliche Moment liegt in der centralen Erkrankung und den dadurch verursachten Störungen.

Einige Abbildungen veranschaulichen den mikroskopischen Befund.

A. Neisser (Berlin).

26. **J. Dejerine et P. Sollier.** Nouvelles recherches sur le Tabès périphérique (Ataxie locomotrice par névrites périphériques.)

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 2.)

Ein 54jähriger Mann, hereditär belastet, im 22. Lebensjahre specifisch inficirt, klagte seit 15 Jahren über unsicheren taumelnden Gang und blitzartige, anfallsweise auftretende Schmerzen in den unteren Extremitäten, besonders in den Zehen. Vorübergehend gleiches Schmerzgefühl im Unterleib, und leichtes Schwindelgefühl. Der Zustand des Pat. besserte sich in den letzten Jahren. Objektiv ergab die letzte Untersuchung: Stark abgemagerter Mann, keine Muskelatrophie. Grobe motorische Kraft erhalten. Die Motilität ist intakt; Pat. kann lange Zeit ohne Ermüdung laufen. Der Gang ist ausgesprochen ataktisch, doch ähnelt er dem bei Kleinhirnerkrankungen; Pat. geht im Bogen. Die Sensibilität ist an den unteren Extremitäten in fast allen Qualitäten herabgesetzt. Das Berührungsgefühl ist an einigen Stellen ganz erloschen; die Schmerzempfindlichkeit verlangsamt, dabei besteht abwechselnd Anästhesie, Hyperästhesie und normale Empfindung. Die Sensibilitätsstörung nimmt nach der Peripherie hin zu. Temperatursinn stark herabgesetzt. Sonst besteht nur noch an den oberen Extremitäten und zwar an Händen und Fingern eine Verlangsamung der Schmerzleitung. Kniephänomen beiderseitig erhalten, vielleicht sogar etwas gesteigert. Leichte Myosis. Pupillarreflexe auf Licht verlangsamt, auf Accommodation aufgehoben. Pat. starb an Lungentuberkulose.

Die Autopsie ergab völlige Integrität der nervösen Centralorgane und der Rückenmarkswurzeln. Die Hautnerven der unteren Extremitäten befanden sich in starker Degeneration, doch war letztere keine frische. Daneben fanden sich Nervenfasern in der Regeneration begriffen. Die Hautnerven der oberen Extremitäten nur an den Händen leicht degenerirt. Die Muskelnerven wiesen nur vereinzelt geringe Veränderungen auf. Die Erkrankung nahm durchweg von der Peripherie nach dem Centrum zu ab. Diagnosis: periphere Neuritis der sensiblen Nerven.

Die Diagnose war in diesem Falle auf Sklerose der Hinterstränge gestellt worden. Die Erhaltung resp. die leichte Steigerung des Kniephänomens bezogen die Verff. auf eine leichte Betheiligung der Seitenstränge. Die Diagnose einer Tabes erschien um so gesicherter, als einerseits keine motorischen Störungen vorhanden waren, andererseits der Verlauf der Erkrankung durchaus nicht denjenigen der bisher beschriebenen Fälle von sensibler peripherer Neuritis entsprach. Während bei letzteren stets ein subakuter Verlauf konstatirt wurde, erstreckte sich hier die Dauer des Leidens auf 15 Jahre. Aus dem Vorhandensein in Regeneration befindlicher Nervenfasern kann man schließen, dass der Fall ohne jene Komplikation durch Tuberkulose in Heilung ausgegangen wäre. Es bildet dieser Fall einen interessanten Beitrag von der Bedeutung der sensiblen Nerven für das Zustandekommen der Ataxie, wie es neuerdings Goldscheider auch experimentell nachwies. In Bezug auf die Ätiologie des Falles halten die Verff. am wahrscheinlichsten, dass die periphere Neuritis ihren Ausgang von einer Infektionskrankheit genommen habe, ohne jedoch damit ein endgültiges Urtheil abgeben zu wollen.

A. Neisser (Berlin).

27. A. Joffroy et Ch. Achard. Névrite périphérique d'origine vasculaire.

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 2.)

Eine 63jährige Frau litt an heftigen Schmerzanfällen, die sämmtliche Extremitäten ergriffen und namentlich Nachts auftraten. Objektiv ließ sich eine leichte Parese der betroffenen Partien und Atrophie der Muskeln neben hochgradiger Hyperästhesie nachweisen. Die Untersuchung der Muskeln ergab herabgesetzte Anspruchsfähigkeit für beide Stromesarten. 9 Monate nach dem Beginn des Leidens wurde durch einen apoplektischen Insult die rechte Seite gelähmt; im Verlauf der nächsten 8 Tage trat eine Pneumonie hinzu, der Pat. erlag.

Die Sektion ergab im Gehirn einen linksseitigen Erweichungsherd im hinteren Viertel des Linsenkernes und der entsprechenden Partie der inneren Kapsel, außerdem eine geringe Atheromatose der Gefäße der Basis. Rückenmark und vordere Wurzeln normal. Die Muskeln sind mehr oder weniger atrophisch. Die peripheren Nerven, vor Allem der linken Seite und speciell der M. ischiadicus nebst seinen Verzweigungen sind hochgradig degenerirt. Neben der Veränderung der Nervenfasern besteht eine starke Verdickung der Wandungen, eine Verengerung des Lumens, ja theilweise eine völlige Obliteration der Nervenarterien. Da die Größe der Degeneration der Nervenfasern im gleichen Verhältnis zu dem Grade der Gefäßveränderung steht, so betrachten die Verff. letztere auch als die Ursache der ersteren. Es handelt sich also gewissermaßen um einen analogen Vorgang wie bei den Erweichungsprocessen des Hirns. Degenerirt eine Nervenfaser, so tritt wie bei einer Durchschneidung sekundäre Degeneration der peripheren Fasern auf, ohne dass die ernährenden Gefäße gleichzeitig obliteriren. Der Ursprung beider Veränderungen muss daher meist in den oberen Abschnitten des Nerven gesucht werden.

Die Verff. schließen aus diesem Falle, dass neben den Neuritiden infektiösen oder toxischen Ursprungs eine Form existirt, die der Störung der nutritiven Nervengefäße ihre Entstehung verdankt; wäre der Tod nicht plötzlich durch jene interkurrente Pneumonie eingetreten, so hätte sich zweifellos eine senile Gangrän gebildet, deren Ursache man wohl zunächst in der primären Neuritis gesucht hätte, während doch beide Affektionen Folgen der bestehenden Gefäßerkrankung waren. 7 Abbildungen sind der Arbeit beigefügt. **A. Neisser** (Berlin).

28. Eulenburg. Über Lähmung durch polizeiliche Fesselung (Arrestantenlähmung).

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 4.)

48jähriger Schmied, der unter Fesselung beider Arme dicht oberhalb der Handgelenke etwa 300 Schritt zur Wache geführt wurde, klagte seitdem über Schwäche, Schmerzen und Parästhesien der rechten Hand. Die 3 Wochen nach der Arretirung des Pat. erfolgte Untersuchung ergab außer vasomotorischen Erscheinungen Druckempfindlichkeit des rechten Medianus über dem Handgelenk, Sensibilitätsherabsetzung fast aller Empfindungsqualitäten in der Ausbreitung des Medianus unterhalb der volaren Querfurchen des rechten Carpalgelenkes. Opposition und Abduktion des Daumens erschwert, Flexion des Zeige- und Mittelfingers, besonders an erster und zweiter Phalanx beschränkt. Der Daumenballen zeigt rechts eine beginnende leichte Abflachung. Grobe Kraft der Hand ist deutlich herabgesetzt. Partielle Entartungsreaktion.

Die vorliegende Parese des rechten Medianus mit Betheiligung seiner motorischen Äste für den Daumenballen (und die Lumbricalmuskeln), so wie seiner sensiblen ersten vier Ram. digitales und des Ram. cutaneus palmar. ist fraglos durch die Umschnürung des Medianus an oder oberhalb der Abgangsstelle des zuletzt genannten Zweiges hervorgebracht worden. **J. Ruhemann** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. Sonnabend, den 21. September. 1889.

1. J. R. Ewald. Weitere Versuche über die Funktion der Thyreoidea.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Bei 12 ganz jungen Hunden, denen E. die Schilddrüse ausrottete, zeigte sich vom 2.—4. Tage an Dyspnoe; die Thierchen hörten auf zu saugen, lagen still in der Ecke des Käfigs, zeigten dann Lähmungen, besonders der Hinterbeine, zuweilen Steifheit des Nackens und der Extremitäten. Die Augenlider öffneten sich nicht, wie das bei normalen jungen Hunden eine gewisse Zeit nach der Geburt geschieht, weil der Augapfel eingesunken war. Die Thiere gingen alsbald zu Grunde.

Ferner hat E. in 5 Fällen Kropfexstirpationen bei Hunden vornehmen können[1]. Die doppelseitig operirten erkrankten und star-

[1] Struma bei Hunden und Pferden scheint in Oberdeutschland häufig vorzukommen. In Ostpreußen gehört diese Erkrankung zu den allergrößten Seltenheiten. Ref.

ben ohne Ausnahme. Wurde bei Hunden mit hyperplastischer Struma die einseitige Exstirpation ausgeführt, so blieben sie gesund, auch wenn die zurückgebliebene Drüsenhälfte kropfig entartet war. Alle 5 Thiere hatten übrigens eine große Nebenschilddrüse am Herzen.

Verf. wendet sich endlich gegen einige Punkte der Untersuchung von H. Munk. Er bekämpft dessen Annahme, dass die schweren Folgen der Schilddrüsenexstirpation nur einer Reizung der der Drüse benachbarten Nerven zuzuschreiben seien. E. hat bei Gelegenheit anderer Versuche sehr umfangreiche Verletzungen am Halse, und das gerade in der Schilddrüsengegend, vornehmen können, ohne dass jemals Erscheinungen aufgetreten wären, die eine Ähnlichkeit mit den nach der Ausrottung der Schilddrüse beobachteten gehabt hätten.

Die von manchen Autoren beschriebenen Hornhauterkrankungen und Conjunctivalkatarrhe hat E. niemals gesehen. Er glaubt, dass eine große Mannigfaltigkeit der Krankheitssymptome herrscht und dass ein Einzelner nicht immer alle Erscheinungen zu Gesichte bekommt.

Als interessante Symptome bezeichnet er außer den genannten Erkrankungen des Auges auch die Lähmungen, den üblen Geruch aus dem Maule, die kardialen Anfälle Munk's.

Nach einseitiger Schilddrüsenfortnahme sah E. niemals eine Ungleichheit der Pupillen, obwohl man nach den Erfahrungen von Munk bei Entfernung beider Drüsen eine solche hätte erwarten sollen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **F. Hofmeister.** Über die Assimilationsgrenze der Zuckerarten. (Arbeiten aus dem pharmakologischen Institut der deutschen Universität zu Prag.)

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. p. 240.)

Die vorliegenden, an Hunden angestellten Versuche, in denen die Grenze bestimmt wird, über welche hinaus nach Fütterung mit Kohlehydraten ein Theil derselben in den Harn übertritt, bestätigen zum Theil die bekannten, auch beim Menschen und speciell dem Diabetiker gemachten Erfahrungen. Sie beweisen Folgendes: 1) Die untersuchten Zuckerarten (Dextrose, Levulose, Galaktose, Rohrzucker und Milchzucker) geben, im Übermaß genossen, zur Ausscheidung von Zucker mit dem Harn Veranlassung. 2) Die Größe, bis zu welcher die Zuckerzufuhr gesteigert werden muss, damit Übertritt in den Harn erfolgt — die Assimilationsgrenze —, ist für dasselbe Individuum und die gleiche Zuckerart zu verschiedenen Zeiten annähernd dieselbe. 3) Sie ist jedoch bei demselben Individuum für die einzelnen Zuckerarten verschieden. Am leichtesten gehen in den Harn über Galaktose und Milchzucker, viel schwieriger Dextrose, Levulose und Milchzucker. 4) Die Menge des durch die Nieren ausgeschiedenen Zuckers steigert sich mit Erhöhung der Zuckerzufuhr. 5) Es kommt jedoch nicht die gesammte über die

Assimilationsgrenze hinaus zugeführte Zuckermenge zur Ausscheidung, sondern nur ein kleiner Bruchtheil derselben.

Bei einem Hunde betrug die Assimilationsgrenze pro Kilo Thier·

für	Rohrzucker	3,6 g,
»	Traubenzucker	1,0—2,3 g,
		2,1—2,25 g,
»	Milchzucker	0,4—0,8 g,
»	Galaktose	0,2—0,4 g.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. M. Löwit. Beiträge zur Lehre vom Ikterus.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. p. 223.)

Die Versuche L.'s sind ausschließlich an Fröschen angestellt und gestatten daher, wie er auch selbst sagt, noch keine Verallgemeinerung. Man muss es sich desshalb versagen, an diesem Orte auf die zahlreichen Einzelheiten einzugehen. Das Hauptergebnis der Arbeit ist das, dass beim Frosch im normalen Zustande ein Untergang rother Blutkörperchen in blutkörperchenhaltenden Zellen vorkommt, dass der Blutfarbstoff in Gallenfarbstoff umgewandelt werden kann, dies aber nicht nur in der Leber, sondern auch in der Milz, dem Knochenmark etc. vor sich geht. Durch Vergiftung mit Arsenwasserstoff, Pyrogallussäure und Toluylendiamin ließ sich der Process bedeutend steigern. Die Ausscheidung des Gallenfarbstoffes und der Gallensäuren geht nicht in gleicher Weise und zu gleicher Zeit vor sich. Alle Resultate beziehen sich, wie gesagt, nur auf Frösche.

Hansemann (Berlin).

---

4. Spencer and Horsley. Report on the control of haemorrhage from the middle cerebral artery and its branches by compression of the common carotid.

(Brit. med. journ. 1889. März 2.)

S. und H. haben eine Reihe experimenteller Versuche angestellt, um zu ermitteln, welche Bedeutung die Kompression der Carotis communis für die Stillung von Hirnblutungen habe. Sie nahmen zu ihren Versuchen Affen (Macacus Siricus und Macacus Rhesus), deren Hirn an sich und namentlich auch in Bezug auf die Gefäßversorgung dem menschlichen sehr ähnlich ist. Bei dem narkotisirten Thiere wurden die Hirntheile bloßgelegt, an deren Oberfläche sich Endäste der Arteria fossae Sylvii verbreiten. Bei Kompression der Carotis communis hörte in diesen Gefäßen sofort die Pulsation vollständig auf und die von den Gefäßen versorgten Rindentheile blassten deutlich ab. Hörte man zu komprimiren auf, so kehrte die Pulsation und die natürliche Farbe der Rinde sogleich zurück. Gleichzeitig aufgedeckte Gefäßverzweigungen, welche nicht der Art. fossae Sylvii angehörten, wurden durch die Kompression der Carotis in keiner Weise sichtbar beeinflusst, was dadurch zu erklären ist, dass die A. fossae Sylvii als direkte Fortsetzung der Carotis den aus

letzterer kommenden Blutstrom direkt und ungeschwächt aufnimmt und eigentlich dem Circulus Willisii gar nicht angehört.

Reizt man erregbare Rindengebiete mittels des faradischen Stromes mit und ohne gleichzeitige Kompression der Carotis, so zeigt es sich, dass bei Behinderung der Blutzufuhr die elektrische Erregbarkeit der Rindengebiete schwindet und bei wieder eintretender Blutzufuhr zurückkehrt.

Komprimirt man die Carotis längere Zeit, so füllen sich die aus der A. fossae Sylvii kommenden Gefäße allmählich wieder. 2 Stunden nach der Ligatur einer Carotis fanden S. und H. die von der A. fossae Sylvii versorgten Rindengebiete auf beiden Seiten gleich gefärbt, die Pulsation der Arterien auf der Seite der Ligatur jedoch schwächer; die elektrische Erregbarkeit der Rinde war jetzt beiderseits gleich. Diese Thatsache erklärt die bisweilen nach Unterbindungen der Carotis eintretenden und später wieder verschwindenden Hemiplegien.

In einer anderen Versuchsreihe wurde ein großer Theil der Hemisphäre bloßgelegt und dann mittels eines Horizontalschnittes theilweise abgetragen, so dass hierbei die Art. fossae Sylvii und die zu dem Corpus striatum und Thalamus opticus gehenden Arterien durchschnitten wurden. Kompression der Carotis bewirkte nun, dass in $^1/_2$—$^3/_4$ Minute die Blutung vollständig stand. Hörte man nach 2 Minuten zu komprimiren auf, so pulsirten die Gefäße wieder, ohne jedoch zu bluten, da sie sich rapid durch Gerinnsel verschlossen hatten; entfernte man letztere, so spritzten sie wieder. Alle diese Experimente wurden vielfach in gleicher oder ähnlicher Weise und stets mit demselben Resultate wiederholt.

Da nun Gehirnblutungen vorzugsweise im Gebiete der A. fossae Sylvii (und zwar besonders aus der A. lenticulo-striata) erfolgen, glauben S. und H. in der Kompression, eventuell auch in der Unterbindung der Carotis communis, ein sicheres Mittel gefunden zu haben, die Blutung zu stillen, resp. ihre Wiederkehr zu verhindern. Schaden kann mit der Kompression nicht angerichtet werden, auch wenn sie einmal irrthümlicherweise bei einer Embolie angewandt würde.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

---

5. Welti. Über die Todesursache nach Hautverbrennungen.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. p. 521.)

Verf. hat in dem Institut von Prof. Klebs eine Reihe von Versuchen angestellt über den Tod nach Verbrühung. Die Versuche waren in doppelter Reihe angeordnet. Einmal wurden die Ohren von Kaninchen in Wasser mit langsam zunehmender Temperatur getaucht, der Tod der Thiere erfolgte dann nach etwa einer Stunde bei ca. 57—60°. Bei der zweiten Reihe wurden die Ohren durch einmaliges Eintauchen in Wasser von 57° verbrüht, worauf der Tod nach 1—2 Tagen eintrat. In beiden Fällen fanden sich ganz gleiche

Veränderungen, die sich nur durch den Grad ihrer Erscheinung unterschieden.

Die Veränderungen bestanden zunächst in einem Zerfall der rothen Blutkörper und in der Bildung von Blutplättchenthromben in vielen Gefäßen des Körpers, besonders der Pia, der Nieren und des Intestinaltractus. Blieben die Thiere, wie es in der zweiten Versuchsreihe der Fall war, längere Zeit am Leben, so bildeten sich die Folgen dieser Zustände aus. Die Thromben wurden obturirend, hyalin, das Gewebe nekrotisch, an freien Oberflächen, z. B. dem Magen, geschwürig. Eine Beobachtung am Menschen bestätigte diese durch Experimente gefundenen Thatsachen.

Therapeutisch empfiehlt Verf., eine möglichst schnelle Steigerung der Alkalescenz des Blutes zu bewirken, da die Blutplättchenthromben vorzugsweise aus Globulin bestehen und dieses sich in Alkalien löst.

Hansemann (Berlin).

---

6. **Winogradsky.** Recherches physiologiques sur les Sulfobactéries.

(Ann. de l'Institut Pasteur 1889. No. 2.)

In den natürlichen Schwefelwässern kommen regelmäßig Schwefel in Körnchen enthaltende Pilze vor (Beggiatoa, Thiothrix u. A.), welche an ihre Nährmedien zu subtile Anforderungen stellen, als dass bisher ihre Isolirung in Flüssigkeiten, geschweige denn auf festen Nährböden gelungen wäre. Durch mikroskopische und mikrochemische Untersuchungen an möglichst isolirten und in einem Flüssigkeitstropfen auf dem Objektträger suspendirten Beggiatoen weist W. nach, dass sie nicht, wie bisher angenommen wurde, durch ihre Lebensthätigkeit die in ihren Nährmedien enthaltenen Sulfate, unter Abscheidung von Schwefel und Schwefelwasserstoff, reduciren; vielmehr entsteht der Schwefelwasserstoff in den Schwefelwässern, wie auch sonst, durch Einwirkung von Fäulnisbakterien auf todte schwefelhaltige organische Substanz; auch aus den Beggiatoen entwickelt er sich erst nach ihrem Absterben. Die lebenden Beggiatoen haben vielmehr oxydirende Eigenschaften, mittels deren sie aus dem in der Nährflüssigkeit vorhandenen Schwefelwasserstoff Schwefel bilden, der in ihren Zellen deponirt wird, um zu Schwefelsäure oxydirt wieder ausgeschieden zu werden.

H. Neumann (Berlin).

---

7. **Rogowitsch.** Zur Kenntnis der Wirkung des Rauschbrandbacillus auf den thierischen Organismus.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. p. 291.)

Verf. studirte die Histogenese des Rauschbrandes an Kaninchen, Ratten und Meerschweinchen. Die Thiere gehen meist nach 2 bis 3 Tagen, selten später zu Grunde. Zuerst entwickelt sich ein Exsudat, das häufig von vorn herein hämorrhagisch ist, später tritt dazu eine sehr starke Infiltration mit Leukocyten, besonders der tieferen subkutanen Gewebe und der Muskulatur. Die Bacillen finden

sich meist da, wo noch keine Exsudation oder Infiltration besteht, in dem Exsudat gehen sie gewöhnlich bald zu Grunde. In Leukocyten finden sie sich nur ausnahmsweise und zwar nur dann, wenn das Impfmaterial schon geschwächt war, so dass von einer Phagocytose im Sinne Metschnikoff's sich nichts vorfindet. Von inneren Organen waren Milz, Lungen und Nieren meist intakt. In der Leber fanden sich zuweilen kleine nekrotische Herde.

Hansemann (Berlin).

---

8. **G. Klemperer.** Über die Dyspepsie der Phthisiker. (Aus der 1. medic. Klinik des Herrn Geh. Rath Leyden.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 11.)

9. **O. Brieger.** Über die Funktionen des Magens bei Phthisis pulmonum. (Aus der medicinischen Abtheilung des Herrn Prof. Dr. Rosenbach im Allerheiligen Hospital zu Breslau.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 14.)

10. **C. Hildebrand.** Zur Kenntnis der Magenverdauung bei Phthisikern. (Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Riegel in Gießen.)

(Ibid No. 15.)

Die untersuchten Fälle K.'s scheiden sich in 2 Kategorien, initiale und terminale Dyspepsien. Die initiale Dyspepsie ist charakterisirt durch Sodbrennen, Aufstoßen, Übligkeit, Druck und Völle in der Magengegend, Schmerzhaftigkeit auf Druck, nicht selten Erbrechen, welches durch Hustenanfälle bedingt und von der Nahrungsaufnahme unabhängig ist. Der Appetit ist launisch und schwankt zwischen Heißhunger und Widerwillen. Oft ist, wie bekannt, die Dyspepsie das erste Zeichen der beginnenden Tuberkulose. Die terminale Dyspepsie ist ausgezeichnet durch absolute Appetitlosigkeit, kein Wechsel der Erscheinungen wie im Initialstadium, reichliches, alle 2—3 Tage auftretendes Erbrechen; gegenüber einer normalen Größe im Initialstadium ist der Magen jetzt oft hochgradig erweitert. Dazwischen giebt es aber zahlreiche Übergangsformen. Die Untersuchung des Magensekretes ergab bei der prätuberkulösen Dyspepsie gute Sekretionsthätigkeit aber motorische Schwäche mäßigen Grades (bestimmt durch K.'s Ölmethode). Bei der eigentlichen initialen Dyspepsie bestand gewöhnlich mehr oder weniger ausgesprochene motorische Schwäche, meist mit HCl-Hyperacidität, in einigen Fällen mit normaler, in einem mit herabgesetzter Sekretionsthätigkeit einhergehend. In den terminalen Fällen (3) fand K. hochgradige Verminderung, ja Versiegen der HCl-Sekretion, starke motorische Schwäche, verbunden mit Ektasie und starken Gährungsvorgängen. K. ist aber der Ansicht, dass die genannten Befunde nichts Charakteristisches haben, sondern einfach den Ausdruck einer subakuten und chronischen Gastritis darstellen. Hierbei ist nach K. das Primäre die motorische Schwäche, an welche sich Hyperacidität und schließlich

unter Bildung von Ektasie Versiegen der Sekretion schließt. Therapeutisch empfiehlt Verf. besonders die Mittel, welche zur Anregung der motorischen Kraft dienen, besonders den Alkohol und die Bittermittel, darunter besonders das Kreosot. Von großer Wichtigkeit hierbei ist die Gesammternährung und ein verständiges psychisches Regime. —

B. kommt bei seinen Untersuchungen an 64 Phthisikern verschiedenen Grades zu folgenden Resultaten: Bei schwerer Phthisis pulmonum fand sich nur in etwa 16% der Fälle ein normaler Chemismus, während in den übrigen eine mehr oder weniger hochgradige Insufficienz, in 9,6% der Fälle sogar ein vollständiges Verschwinden der normalen Sekretionsprodukte nachweisbar war. In mittelschweren Fällen bestand nur in 33% normales Verhalten des Verdauungssaftes, in allen übrigen in der Intensität schwankende, meist eingreifende Störungen, welche in 6,6% zu völligem Verschwinden der normalen Sekretionsprodukte führten. Im Anfangsstadium standen eben so viel Fälle mit normaler Sekretion den Fällen mit Störungen derselben gegenüber. Resorption und motorische Kraft schienen, so weit die angewandten Methoden überhaupt einen Schluss darauf zulassen, entsprechend den Störungen des Chemismus geschädigt. B. ventilirt zum Schluss die Frage, ob die Sekretionsanomalien auf funktionelle Störungen oder auf gewisse Texturveränderungen zu beziehen seien, und ist der Ansicht, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um Entwicklung chronischer Gastritis handele, mit ihren gewöhnlichen Ausgängen (Atrophie). Für die leichteren Fälle von Phthise ist nach B. die Überernährung nach Debove zu empfehlen. Entscheidend hierfür sei das Verhalten der Verdauungsfunktionen. Im Übrigen sei eine genaue Individualisirung der Fälle, bei der nicht allein das Quale, sondern auch das Quantum in der Nahrung berücksichtigt werden müsse, von großer Bedeutung. —

H.'s Resultate an etwa 40 Phthisikern sind gleichfalls wechselnde: Bei einigen Pat. konnte bei jedem Versuch freie Salzsäure nachgewiesen werden, bei anderen niemals, bei noch anderen wechselten positive mit negativen Ergebnissen. Hierbei ergab sich, dass bei der ersten Gruppe kein Fieber bestand, während in der zweiten kontinuirliches Fieber beobachtet wurde. Bei der dritten ergab sich, dass auch hier die Temperatur von bedeutendem Einfluss auf die Salzsäureabscheidung war, indem die letztere mit normalen Temperaturen bezw. mit den niedrigsten Fiebergraden zusammenfiel, während sie bei größeren Temperatursteigerungen sistirte. Hierbei hat sich weiter ergeben, dass auch die Temperatur der vorhergehenden Tage einen Einfluss auf die Drüsensekretion ausübt, in so fern erst mehrere Tage nach erfolgtem Abfall Salzsäure abgeschieden wurde. In einem Falle von Phthise mit hohen Abendtemperaturen beobachtete Verf. nach Darreichung von 2,0 Antipyrin Sinken des Fiebers und 2 Tage später Salzsäuresekretion. Nach H. ist schon eine unbedeutende Steigerung der Temperatur geeignet, Salzsäureabscheidung zum Ver-

schwinden zu bringen. Die Grenze hierfür betrug 37,8° C. Schließlich plaidirt auch Verf. bei großer Anorexie und gut erhaltenen Magenfunktionen für Alimentation forcée. **J. Boas** (Berlin).

---

11. **E. Mendel.** Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlechte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 11.)

M. fasst die Hypochondrie als eine »funktionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome Furcht und Angst in Bezug auf den Zustand des Körpers sind«, auf. Er unterscheidet dem Grade nach 3 Formen: 1) Lediglich Furcht und Angst vor anderen Krankheiten oder vor dem Tode, ohne dass, abgesehen von vagen Empfindungen, bestimmte Symptome angegeben werden können; in anderen Fällen wurden die unerheblichsten Veränderungen für tödliche Krankheiten angesehen (z. B. ein Bläschen auf der Zunge für Zungenkrebs etc.): Nosophobie. 2) Zu Furcht und Angst kommen allerlei abnorme Sensationen: Hypochondrie mit Hallucinationen der Körpergefühle. 3) Außer den schon genannten Erscheinungen treten auch abnorme Vorgänge im Gebiete der höheren Sinne (namentlich Gesicht und Gehör; es erscheint Alles anders, die Stimme hat sich verändert etc.) auf, welchen die Kranken noch objektiv gegenüber stehen.

Abweichend von der bis jetzt allgemein herrschenden Anschauung hat M., gestützt auf eine reiche Erfahrung, gefunden, dass die Hypochondrie eine beim Weibe häufig vorkommende und in allen Lebensaltern zu beobachtende Krankheit ist. Die Nosophobie (1) wird nicht sehr häufig beobachtet, dagegen tritt die 2. Form ungemein häufig auf. Die hypochondrischen Klagen beziehen sich auf abnorme Empfindungen in den Genitalien (Brennen, Stechen »im Unterleib«, das Gefühl von Zerrissenwerden etc.), an welche sich nicht selten die Idee des Krebses knüpft. Häufiger noch sind krankhafte Sensationen im Kopfe: Kopfdruck, das Gefühl, als ob Klammern den Kopf umfassten, Knallen und Knacken im Kopfe, Gefühl von Leersein, Leicht- oder Schwersein des Kopfes etc. Hand in Hand mit diesen Empfindungen geht die ängstliche Vorstellung, dass bald ein Schlaganfall eintreten wird, oder dass Geisteskrankheit das Ende sein wird u. A. Seltener ist die spinale Form. In einzelnen Fällen breiten sich die krankhaften Empfindungen über den ganzen Körper aus. Die 3. Form ist bei Frauen noch häufiger als bei Männern. Es können die Störungen in der Wahrnehmung der höheren Sinne auch noch in der Rekonvalescenz fortbestehen, nachdem Depression und Hallucinationen der Organgefühle bereits geschwunden sind. Bei längerer Dauer der Krankheit entwickelt sich eine Monotonie des Vorstellens und Unfähigkeit zum Handeln, welche namentlich bei den Frauen mehr in den Vordergrund tritt. Der Selbstmord ist bei Frauen seltener als beim anderen Geschlecht. Masturbation wird nicht selten während der Dauer der Krankheit

beobachtet. Unter den Komplikationen ist namentlich die Hysterie, welche mit ihren wechselnden Bildern der Hypochondrie ein eigenthümliches Gepräge verleiht, hervorzuheben. Hysterische Hypochondrie. Den Schluss des wichtigen und interessanten Aufsatzes bildet die genaue Besprechung der Ätiologie, des Verlaufs, der Prognose, der Differentialdiagnose und der Therapie dieser auch dem praktischen Arzte nicht selten begegnenden Krankheit.

A. Cramer (Freiburg i/Br.).

---

12. **A. Peyer.** Asthma und Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuale).

(Berliner Klinik 1889. Hft. 9. März.)

P. ist der Ansicht, dass Erkrankungen des Sexualsystem, sowohl beim männlichen als weiblichen Geschlechte, keineswegs so selten, wie man vielleicht bisher annahm, die Ursache von reflektorisch erzeugtem Asthma sind; er macht den Vorschlag, diese Fälle als eine besondere Gruppe, als Asthma sexuale zu bezeichnen, ein Vorschlag, dem in so fern eine praktische Bedeutung zukommt, »als wir damit offen auf eine Hauptursache des Asthma hinweisen, welche bei der Untersuchung der Kranken meist übersehen wird, sei es nun aus Unwissenheit, oder aus falscher Prüderie, sowohl von Seiten des Arztes, wie des Pat.« Namentlich beim männlichen Geschlecht sind diese Fälle viel häufiger, als man bis jetzt angenommen hat, und handelt es sich hier hauptsächlich um Affektionen des hinteren Theiles der Harnröhre, (Urethritis posterior in Folge von geschlechtlichen Erosionen, Onanie, chronischem Tripper) und Spermatorrhoe, obwohl auch Affektionen des Penis, besonders aber der Glans, eine wichtige Rolle spielen können. Man hat dem entsprechend in jedem Falle von Asthma, in welchem die Untersuchung auf andere Ursachen ein negatives Resultat ergiebt — übrigens kann auch eine Kombination mehrerer Ursachen vorliegen, z. B. eine Erkrankung der Nase und des Geschlechtsapparates — die Verpflichtung, auch das sexuelle System einer genauen Untersuchung zu unterwerfen und etwaige Erkrankungen einer lokalen Therapie zu unterziehen.

P. belegt seine Anschauungen durch eine Reihe (16 Fälle: 11 beim männlichen, 5 beim weiblichen Geschlecht) sehr interessanter und theilweise sehr prägnanter Krankengeschichten, in denen größtentheils eine erfolgreiche lokale Therapie auch das Asthma zum Verschwinden brachte. Bei fast sämmtlichen männlichen Kranken bestanden außer dem Asthma noch eine Reihe anderer nervöser Symptome, die dem Bilde der sexuellen Neurasthenie entsprachen. Bemerkenswerth ist, dass nach Angabe P.'s bei 10 Pat. sich mehr oder minder hochgradiges Lungenemphysem vorfand. Besonders interessant ist darunter ein Fall, in welchem auch Biermer eine »chronische trockene Bronchitis mit consecutiver Lungenblä-

hung« konstatirt und als Ursache des Asthma angesprochen hatte; trotzdem ergab eine lokale Behandlung der als Folge von Onanie bestehenden Spermatorrhoe eine vollständige und nunmehr 15 Jahre bestehende Heilung des Asthma.

A. Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **A. Nordmann** (Basel). Über die Beziehungen der Thymusdrüse zu plötzlichen Todesfällen im Wasser.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. April 1.)

Verf. erörtert im Anschluss an einen sehr bemerkenswerthen Fall, den er selbst beobachtet hat, die wichtige Frage nach etwaigen Beziehungen der Thymusdrüse zu plötzlichen Todesfällen im Wasser.

Ein 20jähriger Rekrut, vortrefflicher Schwimmer, früher und auch speciell in der letzten Zeit völlig gesund, schwamm an einem Sommertage nebst anderen Soldaten im Bassin herum, kehrte nach 2—3 Minuten spontan ans Land zurück, erklärte dann, es friere ihn, streckte die Gliedmaßen und den Körper, wurde am ganzen Leibe blass, that einige lange Athemzüge, verdrehte die Augen, ließ den Kopf hängen und stürzte zu Boden. Er wurde sofort aufgehoben, niedergesetzt und sitzend gehalten; Verf. als beaufsichtigender Arzt war unmittelbar hinterher zur Stelle, fand den Mann pulslos, cyanotisch, ohne Athembewegungen. Hautreize und künstliche Respiration, Acupunktur des Herzens waren ohne Erfolg; der Mann blieb todt. Bei der Sektion, die nach 17 Stunden vorgenommen wurde, fanden sich die inneren Organe sämmtlich blutreich, das Blut überall flüssig. Die noch vorhandene Thymusdrüse war faustgroß. Die Schilddrüse zeigte sich gleichfalls etwas, aber in viel geringerem Grade, hyperplastisch, eben so die Tonsillen, die Follikel des Zungengrundes, die Bronchialdrüsen und die Milz. Nirgends waren Embolien oder Thrombosen zu finden; die Luftwege waren frei; im Magen geringe Speisereste. Das Auffallendste war also die persistirende hyperplastische Thymusdrüse.

Verf. erinnerte sich, während seiner Studienzeit in Straßburg bei Prof. v. Recklinghausen etwas Ähnliches gesehen zu haben, und wandte sich mit der Bitte um Auskunft an diesen; es ergab sich, dass R. noch 3 ganz analoge Fälle beobachtet hatte. Diese Fälle sind nicht einfach auf Erstickung zu beziehen und haben etwas Eigenartiges: eine Deutung ist aber nicht mit Bestimmtheit zu geben. Da weder in den Luftwegen noch in den Cirkulationsorganen etwas Abnormes nachzuweisen ist, kann man derartige Fälle sehr wohl unter der Bezeichnung »Apoplexia nervosa« führen. Es handelt sich höchst wahrscheinlich um reflektorisch bedingte und durch die Vergrößerung der Thymusdrüse veranlasste shockartige Erscheinungen, die, wie das aus anderweitigen analogen Beobachtungen bekannt ist, wichtige Veränderungen im Füllungszustande der Blutgefäße hervorrufen: Überfüllung des Venensystems, starke arterielle Anämie, speciell des Herzmuskels etc. Vielleicht ist auch eine direkte Einwirkung der hyperplastischen Thymusdrüse auf den Vagus, eventuell auf den Phrenicus anzunehmen. Schwierig bleibt die Beantwortung der Frage, warum plötzlich diese lebensgefährlichen Erscheinungen auftreten, während, wie in dem vorstehend mitgetheilten Falle, früher nichts Krankhaftes an dem Pat. zu beobachten war.

Für manche Fälle von plötzlichem Tode im Wasser ist die Annahme einer einfachen Ohnmacht nicht von der Hand zu weisen.

Verf. erinnert an die von Grawitz mitgetheilten Beobachtungen von plötzlichem Tode im Säuglingsalter bei hyperplastischer Thymusdrüse (vgl. d. Bl. 1888 p. 812.)

Kässner (Halle).

14. Charcot. Neue Symptome des Morbus Basedowii. (Vom Verf. autorisirte Übersetzung.)

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 12 u. 13.)

Zur der das Krankheitsbild des Morbus Basedowii charakterisirenden Symptomentrias fügt C. einzelne andere hinzu, denen er theils entscheidende, theils unterstützende diagnostische Bedeutung beilegt. Als eines dieser Symptome bezeichnet C. die von Bertoye beschriebene Hyperthermie der Pat., ohne dass der dabei ausgeschiedene Harn febrile Eigenschaften aufwies. Als ein zweites: das konstante gleichförmige, im schnellsten Rhythmus stattfindende, sich auf Extremitäten und Zwerchfell erstreckende Zittern, das von intendirten Bewegungen nicht alterirt wird und die Zunge freilässt. Vor Marie hat früher C. selbst bereits diese Art des Zitterns beim Morbus Basedowii beschrieben. Außerdem demonstrirt C. an einem Pat. ein als Thermophobie bezeichnetes Symptom, d. i. das gesteigerte Wärmegefühl der Kranken, die ohne eine thermometrisch nachweisbare Temperatursteigerung sich stets sehr heiß fühlen, stark transspiriren u. Ä. Als ein ungewöhnliches und noch nicht beschriebenes Phänomen beschreibt Verf. das ohne gleichzeitigen Schwindel oder Bewusstseinsverlust erfolgende plötzliche Zusammenstürzen der Pat. in Folge eines »Einknickens der Glieder« (»l'effondrement des jambes«), eine Erscheinung, die C. als besonderen Typus von Paraplegie bei der Basedow'schen Krankheit aufzufassen geneigt ist. **M. Grossmann** (Wien).

15. N. Reichmann. Über die Anwendung der Pankreaspräparate beim atrophischen Magenkatarrh.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 7.)

R. betont nach Schilderung des bekannten Krankheitsbildes des atrophischen Magenkatarrhs die hierbei in Betracht kommenden therapeutischen Gesichtspunkte. R. verwirft, um die fehlende Peptonisirung im Magen zu bewirken, die Darreichung von Pepsin-Salzsäure und empfiehlt hierzu (wie es, was R. übersehen hat, Ref. bereits vor 2 Jahren betont hat und ständig in seiner Praxis anwendet) die Pankreaspräparate. R. betont die günstigen digestiven Wirkungen und den vortrefflichen Einfluss auf die Gesammternährung. R. bedient sich des alkoholischen aus frischem Ochsenpankreas bereiteten Präparates ($^1/_2$ Liter 12—15%igen Alkohol auf ein frisch gehacktes Ochsenpankreas, 1—2 Tage an einem kühlen Orte aufzubewahren, dann zu filtriren), hiervon ein kleines oder größeres Weingläschen. Die im Handel vorkommenden Pulver und Pillen sind nach R.'s Ansicht fast immer unwirksam. Von letzteren werden 0,5—2,0 bald nach dem Essen gereicht.

J. Boas (Berlin).

16. Kemény. Zur Behandlung des Erysipels.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 10. p. 147.)

Eine kasuistische Mittheilung zeigt, dass selbst im vorgeschrittenen Stadium sowohl das Karbolvaselin (Rosenbach) als auch der 90%ige absolute Alkohol (Behrend) vorzügliche Dienste bei der Therapie des Erysipels thun, dass aber der Alkohol kräftiger und energischer wirkt als das Karbolvaselin. Die Einreibung wurde täglich nur einmal, aber energisch vorgenommen.

Prior (Bonn).

17. Dinter. Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtserysipels auf bestehende Melancholie.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 4.)

Der erste Fall (aus dem Dresdener Stadtkrankenhause) betrifft eine 52jährige Frau, die im März 1888 nach schwerer Gemüthsaffektion auffallend ängstlich und unruhig wurde, viel im Zimmer umherlief, so gut wie gar nicht mehr schlief und aß; Aufnahme am 15. März. Heftige Angst, Versündigungsideen, welche durch Gehörshallucinationen unterhalten wurden, sehr geringe Nahrungsaufnahme. Am 23. März unerwartete sichtliche Besserung, welche sich in freiwilliger Bettruhe, reichlicher Nahrungsaufnahme, Schlaf, klarer Auskunft über die Krankheitser-

scheinungen kund gab. Am folgenden Morgen unter starkem Fieber (38,9° C.) Ausbruch eines Gesichtserysipels an der rechten Wange, in den folgenden 5 Tagen über Nase, linke Wange, Stirn bis zur Haargrenze und dann zurückwandernd, während das Fieber unter starken Morgenremissionen von 40° Abendtemperatur des ersten Tages zu 37,1 des fünften Tages langsam sank. Während dieser 5 Tage war die Kranke völlig angstfrei; mit der Rückkehr zur normalen Körperwärme trat wieder Angst ein, die von stundenlangen freien Zwischenräumen unterbrochen war. Von Tag zu Tag wurden die angstfreien Zwischenräume länger und seit dem 5. April (8 Tage nach der Entfieberung) war die Kranke völlig frei, klar und geordnet, nur noch sehr schwach; sie wurde am 6. Mai vollkommen geheilt nach Hause entlassen.

Die zweite Kranke, 44jährige Aufwärterin, war schon 1858 wegen Tobsucht, 1875 wegen Schwermuth mit Selbstbeschädigung in irrenärztlicher Behandlung gewesen; jetzt wurde sie wegen zweier oberflächlicher Verwundungen, die sie sich beigebracht hatte, am 5. März in das Krankenhaus aufgenommen. 5 Wochen später zeigte sich ein Erysipel, das unter hohem Fieber (bis 40,2° C. Abends) sich über das ganze Gesicht und den größten Theil des behaarten Kopfes verbreitete, ohne auf das psychische Verhalten mehr als einen ganz vorübergehenden Einfluss zu üben (Pat. war während der Entfieberung am 16. April einige Stunden angstfrei, beantwortete Fragen mit vollständigen Sätzen, gab an, keine Stimmen mehr zu hören etc., verfiel aber schon am Nachmittag wieder in den früheren Zustand mit Nahrungsverweigerung und stark verlangsamten Denken).

Eulenburg (Berlin).

18. **Jansen.** Über Koloquintenvergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Januar.)

Eine 44jährige Frau wurde, nachdem sie eine Partie Koloquinten gebrüht hatte, von heftigen 2 Tage andauernden Diarrhoen, Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwinden befallen, wozu sich Albuminurie gesellte mit Ödem der Beine, das 14 Tage lang bestand. Die Art, wie das wahrscheinlich flüchtige Gift in den Organismus eingedrungen ist, bleibt fraglich.

Ein gleichzeitig konstatirter andauernder Mangel an Salzsäure ist jedenfalls auf andere Ursachen zurückzuführen.

Markwald (Gießen).

19. **H. Oppenheim.** Über ein bei Krankheitsprocessen in der hinteren Schädelgrube beobachtetes Symptom.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 5.)

O. sah in einem Falle, wo die Sektion einen hühnereigroßen Tumor im Kleinhirn, starke Abplattung des Pons und der Med. oblong., Hämorrhagien und Atrophie der Wurzeln des Vagus und Accessorius ergab, fortdauernde rhythmische Zuckungen des Gaumensegels, so wie der äußeren und inneren Kehlkopfmuskulatur. Eine ähnliche Motilitätserscheinung bot ein Pat., der eine epidemische Cerebrospinalmeningitis überstanden hatte, im Anschluss an diese Affektion dar. Es zeigten sich bei ihm rhythmisch und isochron Zuckungen des Gaumensegels und der Stimmbänder (40 Kontraktionen auf die Minute). Daneben erfolgten in unregelmäßigen Intervallen Zuckungen im linken unteren Facialisgebiet und des Platysma myoides. Sonst bestanden Hinterkopfschmerz, starker Schwindel, besonders bei Neigung des Kopfes nach hinten, mäßige Schlingbeschwerden, näselnde, tremulirende Sprache, Erbrechen, Parese und Kontraktur im Gebiet des linken Facialis ohne gröbere Störung der elektrischen Erregbarkeit, Parese und Ataxie, so wie Kontraktur in den rechten Extremitäten, Schwerhörigkeit, Pulsbeschleunigung, endlich Neigung nach hinten zu fallen bei Augenschluss. Mit Benutzung der Erfahrungen des ersten Falles hält Verf. die Zuckungen der Kehlkopfmuskulatur für das Symptom eines in der hinteren Schädelgrube lokalisirten Krankheitsprocesses, zumal die übrigen Erscheinungen in diesem Falle für eine derartige Annahme gleichfalls sprechen.

J. Ruhemann (Berlin).

20. A. Cantani. Un caso d'isterismo con disfagia spastica curato colla suggestione ipnotica. Riassunta dal Dr. F. Paladino.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. Fasc. 1.)

Es handelt sich um eine 24jährige Pat. Der Beginn ihres gegenwärtigen Leidens, das sich in hysterischen Anfällen mit dem Typus der Epilepsie äußert, führt C. auf eine organische Affektion zurück. Es bestand nämlich vor einiger Zeit eine Ösophagitis und Pharyngitis, die bei der prädisponirten Pat. auch nach dem Schwinden aller anatomischen Veränderungen lokale funktionelle Störungen zurückließ, insbesondere eine Dysphagia spastica. Diese Anfangs lokalisirte Hysterie ging nun später nach C. in die allgemeine über. An der Pat. wurden einige hypnotische Versuche vorgenommen. C. giebt bei dieser Gelegenheit einen Überblick über die 3 Charcot'schen Stadien, ohne indessen überall den Angaben Charcot's zu folgen.

A. Moll (Berlin).

21. C. J. Nixon (Dublin). Myxoedema.

(Dublin journ. méd. sc. 1889. Mai.)

Eine 47jährige, aus der Pfalz stammende, seit 23 Jahren in Irland ansässige Frau, die sonst stets gesund gewesen war, und in guten Verhältnissen gelebt hatte, erkrankte vor 6 Jahren mit einer Ohnmacht, waran sich Frost anschloss; seit jener Zeit fühlte sie sich nie wieder ganz wohl. Nach einem Jahre schwoll die rechte Wange und das rechte obere Augenlid an; ein Jahr später dieselben Partien links. Pat. wurde dick und schwerfällig, die unteren Extremitäten schwollen an; sie konnte sich nur mit Mühe bewegen. Die Menstruation war spärlich, aber regelmäßig. Status praesens: Gesicht gedunsen, Haut desselben gespannt, weiß; kleine rothe Flecke über beiden Jochbeinen. Ausgesprochenes Ödem der oberen Augenlider, welche wachsbleich aussehen. Durch Fingerdruck kann man eine kleine Grube erzielen, jedoch nicht so stark, wie es sonst bei Ödem der Fall ist. Lippen und Zunge geschwollen; die Bewegungen letzterer unbeholfen, besonders beim Sprechen. Nasenflügel weit geöffnet. Haut unter dem Kinn lose und schlaff. Pat. selbst giebt an, ihr Aussehen habe sich so verändert, dass sie selbst von näheren Freunden nicht erkannt würde. Zähne ausgefallen; permanent Foetor ex ore. Die Haut am Körper einschließlich der Hände und Füße ist hart, trocken, schilfernd; Haarwuchs in den Achselhöhlen und an den Pubes sehr spärlich. Ödem an den Beinen und am Rumpfe. Alle Bewegungen der Kranken sind langsam und unbeholfen. Pat. klagt über allgemeines Frösteln, besonders in den Beinen, und über Anästhesie in den Fußsohlen. Die Temperatur ist eher subnormal.

Am Herzen ist keine Anomalie zu finden; der Puls, 56—72 pro Minute, ist sehr klein und weich. Psychisch besteht entschiedene Indolenz; Pat. sitzt gleichgültig da, schläft am Tage oft ein. Specialsinne intakt. Urine normal.

Am Blute zeigt sich geringe Leukocytose. In der aus den ödematösen Augenlidern gewonnenen Flüssigkeit ist ein beträchtlicher Gehalt an Mucin nachzuweisen.

Die Schilddrüse fehlt; vielleicht sind Reste davon gerade vorn über der Trachea noch vorhanden, aber von den Seitenlappen ist keine Spur vorhanden.

Kässner (Halle).

22. Erlenmeyer. Kasuistische Beiträge zu den sekretorisch-trophischen Störungen der Haut bei Neuritis.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 8.)

Mittheilung zweier Fälle von einfacher Neuritis mit bisher selten beobachteten sekretorischen und trophischen Hautstörungen: 1) akute infektiöse Neuritis des rechten N. median. mit Anidrosis und ichthyotischer Veränderung der Epidermis an der Vola manus und Beugeseite der Finger (bei einer 34jährigen Frau, nach Diphtherie); 2) recidivirende infektiöse (?) Neuritis des linken N. medianus mit diffuser Ichthyosis an der Beugeseite der Hand und der Finger (im Anschlusse an Panaritium bei einer 19jährigen, gleichzeitig mit Basedow'scher Krankheit behafteten Pat.). Die

Heilung erfolgte in letzterem Falle unter galvanischer Behandlung in Zeit von 14 Tagen. E. macht darauf aufmerksam, dass die hier in 2 Fällen beobachtete trophoneurotische Ichthyosis von der gewöhnlichen Ichthyosis diffusa der Dermatologen ätiologisch und prognostisch zu unterscheiden sei, übrigens bei (infektiöser) Neuritis als äußerst seltene Hautveränderung vorkomme. Die Anidrosis bestand im ersten Falle mehrere Tage vor Beginn der Abschuppung, konnte also nicht — wie bei gewöhnlicher Ichthyosis — als Folge der letzteren gelten. Vielleicht hatte umgekehrt der Ausfall der Schweißsekretion eine gestörte Ernährung der Epidermis zur Folge. **Eulenburg** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

23. **G. Guinon.** Les Agents provocateurs de l'hystérie.

Paris, **Aux Bureaux du Progrès médical,** 1889. 392 S.

Der Versuch, die ätiologischen Momente einer Krankheit zusammenzustellen, ist um so schwieriger, je weniger wir über die Krankheit wissen und je weniger der Krankheitsbegriff festgestellt ist. Gerade hier aber finden wir mit Bezug auf die Hysterie manche Lücke, die gar oft verschiedene Ärzte einen konkreten Krankheitsfall verschieden beurtheilen lässt. Die Sicherheit, mit der G. glaubt, die Hysterie von anderen Krankheiten, z. B. der Neurasthenie, abgrenzen zu können, besteht in Wirklichkeit keineswegs. Die meisterhaften Schilderungen Charcot's haben zwar das Bild der Hysterie, insbesondere der schwereren Formen, erheblich klarer gemacht. Dennoch kann nicht geleugnet werden, dass die Trennung der leichteren Formen von anderen Krankheiten oft eine willkürliche ist und von dem jeweiligen Standpunkt des Untersuchenden abhängt. Die Arbeit G.'s berücksichtigt in der That auch nur die schwereren Formen, bei denen ein diagnostischer Irrthum nach den sehr klaren Krankengeschichten und sonstigen Ausführungen des Autors ausgeschlossen scheint.

Was nun die Entstehung der Hysterie anlangt, so unterscheidet G. die Gelegenheitsursachen von der Prädisposition, ohne welche jene niemals im Stande sind, eine Hysterie hervorzurufen. Unter den Gelegenheitsursachen nennt G. insbesondere die psychische Erregung, die Nachahmung, unzweckmäßige Hypnotisirungsversuche, Traumen, Blitzschlag; unter den Hysterie hervorrufenden Krankheiten wären zu erwähnen: Typhus, Pneumonie, Scarlatina, akuter Gelenkrheumatismus, Diabetes, Malaria, Lues: hierher gehören auch gewisse pathologische Zustände, die eine allgemeine Körperschwächung bewirken, wie Hämorrhagien, körperliche und geistige Überanstrengung, Onanie und andere sexuelle Überreizungen, Anämie, Chlorose. Chronische Intoxikation durch Blei, Alkohol und andere Stoffe, so wie Schwangerschaft und Geburt rechnet G. gleichfalls hierher, eben so Genitalleiden. Unter den Nervenkrankheiten, die zu Hysterie Veranlassung geben können, sind multiple Sklerose, Tabes zu erwähnen. G. führt in seinem Werke noch andere Hysterie erzeugende Momente an, ohne eine vollständige Liste liefern zu wollen.

Bei aller Sorgfalt und bei allem Fleiß, den G.'s Arbeit verräth, scheint es doch, als ob der Autor den Gelegenheitsursachen mitunter eine Bedeutung beimisst, die ihnen nicht zukommt. Fall 49 z. B. betrifft einen 43jährigen Maler, der seinem Berufe seit 21 Jahren nachgeht; seit 6 Monaten hysterische Anfälle, seit 14 Tagen Bleikolik; früher niemals Intoxikationserscheinungen; bei der Untersuchung zeigen sich ausgesprochene Symptome der Hysterie. Hysterische Stigmata, Hemianästhesie etc. Dass bei einem Manne, der seit 21 Jahren Maler ist, Hysterie auftritt, während nach 6 Monaten Bleiintoxikationserscheinungen sich einstellen, berechtigt doch in keiner Weise dazu, einen Kausalzusammenhang zwischen Bleivergiftung und Hysterie zu behaupten. Wenn nicht durch eine sehr große Zahl von zuverlässigen Beobachtungen dieser nachgewiesen würde, bliebe der Einwurf einer zufälligen Koincidenz berechtigt.

Dass übrigens alle Gelegenheitsursachen nur dann die Hysterie erzeugen, wenn die bereits erwähnte Prädisposition für dieselbe besteht, wird von G. in Überein-

stimmung mit vielen anderen Autoren behauptet; die Prädisposition ist bedingt durch eine ererbte Anlage, sei es, dass in der Familie Hysterie, andere Nervenkrankheiten resp. Psychosen auftreten, sei es, dass es sich um die Kinder von Alkoholikern handelt; eben so aber scheinen auch rheumatische Affektionen in der Familie eine Prädisposition für Hysterie zu schaffen.

Die Gelegenheitsursachen sind bei vorhandener Prädisposition im Stande, der auftretenden Hysterie einen gewissen Stempel aufzudrücken; so z. B. kann bei Lues der hysterische Kopfschmerz ähnlich dem syphilitischen, bei Bleiintoxikation die hysterische Lähmung der Extensoren besonders in den Vordergrund treten. Doch wird dadurch nicht eine Verschiedenheit der Krankheit selbst verursacht; diese ist vielmehr stets dieselbe; nach G. ist es aber durchaus falsch, jeden Kopfschmerz etc. als ein Symptom der Hysterie aufzufassen, da die letztere eine ganz bestimmte Symptomengruppe zusammenfasst und nicht einfach dasselbe ist, wie funktionelle Nervenkrankheit.

Zum Schluss bespricht der Autor die Art und Weise, wie die verschiedenen Gelegenheitsursachen zum Auftreten der Hysterie führen; entweder handelt es sich um eine Autosuggestion oder um eine durch das entsprechende Agens bewirkte allgemeine Ernährungsstörung oder Schwächung des Nervensystems.

A. Moll (Berlin).

24. **W. D. Miller.** Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden.

Leipzig, **Georg Thieme,** 1889. 305 S. Mit 112 Abbildungen im Texte und einer chromolithographischen Tafel.

Die an wissenschaftlichen Werken nicht allzu reiche Zahnheilkunde, welche eine zusammenhängende Darstellung des obigen Gegenstandes bisher nicht besaß, erfährt durch dieses Buch eine sehr willkommene Bereicherung. Im ersten Abschnitte behandelt der Verf. die Morphologie und Biologie der niederen Pilze und beschäftigt sich eingehend mit den Spaltpilzen (Bakterien), welche hygienisch das meiste Interesse unter den Pilzen beanspruchen; als Lebensbedingungen der Spaltpilze bezeichne man diejenigen Bedingungen bezüglich des Nährstoffes, der Luft, Temperatur etc., welche für die Entwicklung der Pilze unentbehrlich sind; ein solches Nährmedium besäßen wir jederzeit in den Säften und Anhäufungen der Mundhöhle. Nach einer kurzen Übersicht über die Kenntnis der Pilze, ihre Wirkung auf den lebenden Pflanzen- oder Thierkörper, ihre Verwerthung für das Studium der Infektionskrankheiten, erläutert der Verf. die Eintheilung der Pilze in pathogene und nicht pathogene oder parasitäre und saprophytische und geht dann auf die Wirkung der Pilze auf leblose Materie über. Im zweiten Kapitel des ersten Abschnittes zählt M. zunächst diejenigen in der Mundhöhle vorkommenden organischen und anorganischen Substanzen auf, welche als Nährstoffe für Mikroorganismen dienen können; es sind: 1) der normale Speichel, 2) der Mundschleim, 3) abgestoßene Epithelzellen, 4) das durch Säuren erweichte Zahngewebe, 5) die freigelegte Zahnpulpa, 6) durch den Reiz von Zahnstein etc. bedingte Exsudation des Zahnfleischrandes, 7) die als Nahrung aufgenommenen und in der Mundhöhle zurückgebliebenen thierischen und pflanzlichen Stoffe und Getränke.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen geht der Verf. speciell zu der Besprechung der Spaltpilze der menschlichen Mundhöhle über; er erläutert die Untersuchungsmethoden und bezeichnet folgende Pilze als jeder Mundhöhle angehörig: 1) Leptothrix buccalis, 2) Bacillus buccalis maximus, 3) Leptothrix buccalis maxima, 4) Jodococcus vaginatus, 5) Spirillum sputigenum, 6) Spirochaete dentium (denticola).

Alle diese Pilze seien dadurch charakterisirt, dass sie auf keinem der üblichen künstlichen Nährsubstrate zum Wachsen zu bringen seien; ihre Wirkungen seien noch nicht genügend gekannt. Eben so verhalte sich ein vom Verf. im Zahnbelage eines an Pyorrhoea alveolaris leidenden Hundes in üppiger Entwicklung gefundener

Spaltpilz von riesigen Dimensionen, den er als »Leptothrix gigantea« bezeichnet habe.

Hierauf erläutert M. die nicht züchtbaren Mundpilze und berichtet im weiteren Verlauf seine eigenen überaus eingehenden und werthvollen Versuche über die Pilze der kranken Zahnpulpa.

Im vierten Kapitel beschreibt der Verf. die Mundpilze als Gährungserreger, besonders ihre Wirkung auf Kohlenhydrate und auf Eiweißsubstanzen, und beginnt im fünften Kapitel mit dem Einflusse der Gährungsprodukte auf die verschiedenen Gebilde der Mundhöhle; histologisch, chemisch und physikalisch beschreibt M. hierbei die Zerstörung der harten Zahnsubstanzen und schließt an diese ausführliche Darstellung seine eigenen Untersuchungen über die Caries der Zähne und erklärt die Ursache und die Prophylaxe derselben.

Im zweiten, für die allgemeine Krankheitslehre überaus wichtigen Theile bespricht der Verf. die pathogenen Mundpilze und die durch dieselben erzeugten Erkrankungen. Er beginnt mit der bekannten Thatsache, dass pathologische Veränderungen im Munde, welche durch Entzündungen der Pulpa oder des Periostes der Zähne entstanden sind, auch ernstere Erkrankungen des Auges und des Ohres, Hautausschläge, Muskelspasmus etc. hervorrufen können; dies seien auf reflektorischem Wege entstandene sekundäre Affektionen, bei welchen die Mundpilze als Urheber der primären Munderkrankungen zu betrachten wären; dieselben Vorgänge spielten bei den verschiedenen Dentitionen, besonders bei dem erschwerten Durchbruche des unteren Weisheitszahnes, eine große Rolle.

Hierauf geht M. näher auf die Erklärung der in der Mundhöhle selbst oder durch Verschleppung von pathogenen Mundpilzen in anderen Körpertheilen hervorgerufene Infektionskrankheiten ein und stellt durch zahlreiche Beobachtungen zweifellos fest, dass ziemlich konstant in den Säften des menschlichen Mundes eine Gruppe von den Mikrokokken angehörigen Pilzen vorhanden sind, welche in genügender Zahl in die Blutbahn gelangend, die gefährlichsten Erkrankungen hervorrufen können.

M. theilt die durch die pathogenen Mundpilze hervorgerufenen Erkrankungen nach der Eingangspforte der Infektion in 6 Hauptgruppen ein: 1) Infektionen bei Unterbrechung der Kontinuität der Mundschleimhaut (Verletzungen, Zahnextraktionen etc.). Sie führen entweder zu örtlichen oder zu allgemeinen Krankheitserscheinungen. 2) Infektionen auf dem Wege der gangränösen Zahnpulpa. Sie führen meistens zu Abscessbildung an der Infektionsstelle (Abscessus apicalis), nicht selten aber auch zu sekundären septikämischen und pyämischen Processen mit tödlichem Ausgange. 3) Störungen, bedingt durch Resorption der von den Pilzen gebildeten giftigen Stoffwechselprodukte. 4) Lungenleiden, verursacht durch die bei heftiger Inspiration mit dem Luftstrom hinabgeführten Mundpilze. 5) Übermäßige Gährungsvorgänge und anderweitige Beschwerden im Verdauungstractus, verursacht durch das fortwährende Herunterschlucken von Pilzmassen und deren giftigen Produkten aus dem verunreinigten Munde. 6) Infektion der unverletzten, in ihrer Widerstandsfähigkeit durch erschöpfende Krankheiten, mechanische Reize etc. herabgesetzten Weichtheile der Mund- und Rachenhöhle. In diesem Zusammenhange ist die Möglichkeit einer Infektion durch Ansammlung der Erreger der Diphtherie, des Typhus, der Syphilis etc. in der Mundhöhle in Erwägung zu ziehen.

Zum Schluss giebt der Verf. noch einige anschließende Bemerkungen über die Spross-, Schimmel- und Schleimpilze.

Das Buch, welches auch die einschlägige Litteratur überall kennzeichnet und mit einem ausführlichen Autoren- und Sachregister versehen ist, ist nicht nur dem Specialisten für Zahnheilkunde, sondern auch dem praktischen Arzte aufs wärmste zu empfehlen. **P. Ritter** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. Sonnabend, den 28. September. 1889.

Über die Wirkung der Kohlensäurezufuhr.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. **Alfred Ephraim** in Breslau.

Die große Mehrzahl der Berichte, welche über die Wirksamkeit der Bergeon'schen Gasklystiere gegen Phthise veröffentlicht wurden, stimmte in dem Punkte überein, dass auch in den Fällen, in welchen eine Besserung der Grundkrankheit nicht eintrat, doch das Allgemeinbefinden der Kranken günstig beeinflusst wurde. Diese Thatsache in Verbindung mit der weiterhin festgestellten, dass mit der reinen CO_2 ungefähr dieselben Resultate erzielt werden, veranlasste mich, der Frage von der Allgemeinwirkung der CO_2-Einverleibung auf den Organismus näher zu treten. Ich habe bis jetzt (seit etwa 6 Monaten) 32 Kranke mit Rectalinjektionen von CO_2 behan-

delt, mit der Veröffentlichung der Resultate aber gezögert, bis mir ein größeres Material zur Verfügung stände; der Aufsatz des Herrn Dr. Weber in der Berliner klin. Wochenschrift No. 35 d. J. veranlasst mich indessen zu einer vorläufigen Mittheilung meiner Ergebnisse.

Das Hauptsächlichste derselben ist: dass durch die fortgesetzte Einverleibung von Kohlensäure die Zahl der rothen Blutkörperchen im Blute vermehrt wird. Ich habe bis jetzt bei 9 Personen, welche fortlaufend mit CO_2-Injektionen behandelt wurden, Zählungen der rothen Blutkörperchen vorgenommen; bei 8 von diesen zeigte sich die Zahl derselben nach einer (verschieden großen) Reihe von Injektionen erheblich vermehrt. Zwei von ihnen hatten vor Beginn der letzteren normalen, die übrigen verminderten Blutkörperchengehalt. Die 9. Person zeigte vor Beginn der Behandlung verminderte Blutkörperchenzahl; im Laufe derselben wurde letztere noch geringer. Es war dies ein 62jähriger Mann, bei dem wohl besonders störende Verhältnisse vorlagen; die übrigen 8 waren jugendlich und weiblichen Geschlechts.

Diese Wirkung auf das Blut ruft die CO_2, wie ich annehme, dadurch hervor, dass dieselbe, indem sie — wie durch Cl. Bernard festgestellt — nach der Resorption im Darm durch die Lungen wieder ausgeschieden wird, eine abnorm große Sauerstoffaufnahme auf dem Wege der Athmung herbeiführt; eine Annahme, welche durch physiologische Analogien wie durch therapeutische Erfahrungen gestützt wird. Dass die fortgesetzte Einathmung von reinem Sauerstoff eine Vermehrung der Zahl der rothen Blutkörperchen bewirkt, hat Hayem schon vor längerer Zeit nachgewiesen.

Von den 32 Kranken, welche mit CO_2-Injektionen behandelt wurden, litten 12 an Phthise, 6 an hochgradiger Anämie, 4 an Lungenemphysem und chronischem Bronchialkatarrh, 10 an Asthma. Die Behandlungsresultate sind bei den beiden erstgenannten Krankheiten vorläufig noch nicht so eindeutig, dass ich ein bestimmtes Ergebnis formuliren könnte. Was dagegen die beiden letztgenannten, und namentlich das bronchiale und das neurasthenische Asthma betrifft, so scheint mir die sowohl koupirende als auch kurative Wirkung der CO_2-Injektionen eben so intensiv als zweifellos zu sein.

Ich verzichte zunächst auf die Mittheilung theoretischer und praktischer Details, welche ich mir für eine ausführliche und auf ein größeres Material sich stützende Besprechung vorbehalte.

---

1. **F. Kraus.** Über die Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten. (Aus der Klinik des Prof. Kahler in Prag.)

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. X.)

Bisher hat man das Verhalten der Blutalkalescenz zu klinischen Zwecken ausschließlich titrimetrisch geprüft. Diese Methoden waren aber durchaus nicht einwandsfrei, wesshalb auch die Thatsache er-

klärlich ist, dass verschiedene Beobachter so verschiedene Zahlen für den Alkalescenzgrad des normalen Menschenblutes lieferten, wodurch eine Verwerthung derselben für pathologische Fälle kaum möglich wird.

Verf. hat sich desshalb die Aufgabe gestellt, eine einwandsfreie Methode auszuarbeiten; dieselbe besteht im Wesentlichen darin, dass die Alkalescenz zunächst indirekt durch Bestimmung der Gesammtkohlensäure (mittels Wägung), so wie direkt durch ein titrimetrisches Verfahren in dem blutkörperchenfreien Serum bestimmt wird; außerdem bestimmt Verf. noch die Basenkapacität des Blutes (Acidität). Mittels dieser Methoden hat nun K. zunächst am normalen Menschenblute Bestimmungen ausgeführt, welche eine gewisse Konstanz des Verhältnisses der für die Acidität gefundenen Zahlen mit den entsprechenden Alkalescenzwerthen ergaben. Im Blute Fiebernder war ohne Rücksicht auf den verschiedenen Charakter der Infektion ein beträchtliches Absinken des normalen CO_2-Gehaltes nachzuweisen; diese Verminderung der CO_2 tritt verschieden rasch nach erfolgter Infektion ein, zeigt mit der Schwere des Infektionszustandes einen gewissen Parallelismus und wird entsprechende Zeit nach erfolgter normaler Entfieberung, wenn man den Kranken wieder Nahrung zuführt, vollständig ausgeglichen. Bei künstlicher Entfieberung (durch antipyretische Mittel) erfolgt dieser Ausgleich der Störung nicht unmittelbar. Wie die Übereinstimmung mit den Ergebnissen der direkten titrimetrischen Bestimmung nachwies, ist der verminderte CO_2-Gehalt des Blutes im Fieber der Ausdruck der verminderten Alkalescenz desselben. Diese Verminderung ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf Autointoxikation des fiebernden Organismus mit Säuren von bisher nicht erschöpfend bekannter Art und Herkunft zurückzuführen.

Verminderung der Blutalkalescenz fand Verf. in zwei Fällen von diabetischem Koma, in einem Falle von Phosphorvergiftung und in einem Falle von Leukämie, keine Verminderung in 2 Fällen von Chlorose. **E. Schütz** (Prag).

---

2. **A. Russo-Giliberti** e **G. Dotto.** Sulla resistenza dei veleni vegetali alla putrefazione.

(Sicilia med. 1889. No. 1. p. 53.)

Die für die gerichtliche Medicin und Chemie gleich wichtige Frage, in wie weit Pflanzengifte während der Fäulnis thierischer Substanzen sich zu erhalten vermögen, haben R.-G. und D. nach einem mehr methodischen Plan in Angriff genommen als es bisher zu geschehen pflegte. Gewöhnlich wurden als Fäulnissubstrate thierische Gewebe und Flüssigkeiten beliebt (Dragendorff und seine Schüler) oder faulendes Blut (Pellacani). Bei so komplicirt zusammengesetzten Objekten lässt sich natürlich nicht entscheiden, wie viel bei der chemischen Trennung und Isolirung des Giftes von dem-

selben durch die Manipulationen der Darstellung zerstört wird. Auch hat man es bei dieser natürlichen Fäulnis nie mit der Wirkung einer Bakterienspecies, sondern mit der mehrerer zu thun. R.-G. und D. haben ihre Versuche unter reineren Bedingungen als bisher ausgeführt, indem sie eine stickstofffreie (die v. Jack'sche) sterilisirte Kulturflüssigkeit mit den Reinkulturen von Micrococcus cereus albus, Microc. radiatus, Microc. flavus liquefaciens und Microc. ureae liquefaciens beschickten. Die der Thätigkeit dieser Bakterien ausgesetzten Gifte waren das Morphin in der Koncentration von 1 : 2000, Kaffeïn (1 : 2000), Thebain (1 : 2000), Atropin (1 : 5000), Codeïn, Pikrotoxin, Veratrin, Pilokarpin (alle 1 : 5000), Brucin (1 : 10000), Digitalin (1 : 10000), Narkotin (1 : 20000), Strychnin (1 : 20000). Nach Einwirkung der Fäulnisbakterien bei 28—32° C. während 58 bis 77 Tagen gaben alle vorgenannten Gifte immer noch ihre typischen Reaktionen, welche zu der qualitativen Prüfung auf die betreffenden Substanzen benutzt worden. Nur das Atropin gab die Reaktion mit alkoholischem Sublimat nicht mehr, war aber durch den physiologischen Nachweis (Aufhebung des Muscarinstillstandes des Herzens) immer noch zu erkennen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

3. J. Plaut. Untersuchungen über die Rückwirkung der Borsäure auf die Nieren in ihrer Anwendung als Antisepticum.

Dissertation, Würzburg, 1889.

Unter den Ersatzmitteln, welche an Stelle der von Lister empfohlenen Karbolsäure versucht wurden, galt die Borsäure immer noch als eines der für die höheren Organismen ungefährlichen Antiseptica. Da indessen auch bereits einige wenige Vergiftungsfälle nach der chirurgischen Anwendung der Borsäure bekannt geworden sind, nahm P. Veranlassung, die Einwirkung dieses Antisepticums auf das wichtigste Eliminationsorgan, die Nieren, zu studiren. Die an Kaninchen und Katzen ausgeführten Versuche ergaben, dass die Borsäure subkutan oder intraperitoneal bis zu 4 g beigebracht, akute Nierenentzündung hervorrief, denn je nach der Raschheit der Resorption trat Anurie resp. Albuminurie, Blut, hyaline und epitheliale Cylinder im Urin auf; mikroskopisch zeigten die Nieren die bei akuter parenchymatöser Nephritis üblichen Befunde (Exsudationen in die Bowmann'sche Kapsel, trübe Schwellung des Epithels, diffuse Blutungen, geringe fettige Degeneration und Cylinderbildungen).

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

4. Guyon. Note sur les conditions de la réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne.

(Union méd. 1889. No. 57.)

Urinverhaltung, Traumen der Urethra, Blase, Ureteren, Nieren, kurz Alles, was die Ernährung und normale Funktion dieser Organe

beeinträchtigt, befähigen dieselben zur Aufnahme verschiedener Mikroorganismen, welche die verschiedenen Erkrankungen des Urogenitalapparates bedingen. G. schildert, unter welchen Bedingungen bei der Harnretention sich die Mikroorganismen ansiedeln und weiter entwickeln können. Viele Kranke, welche sich jahrelang katheterisiren müssen, erleiden keinen Schaden, obgleich sie nicht unter Beobachtung peinlicher Antisepsis verfahren, andere hingegen erlangen schwere Infektionen ihres Urogenitalapparates fast sofort nach einem ohne genügende Antisepsis ausgeführten Katheterismus. Die Bedingungen für eine Infektion finden sich besonders bei der von G. sogenannten »unvollkommenen Urinverhaltung mit Ausdehnung der Blase«. Bei diesen Individuen besteht ein Symptomenkomplex, den Verf. als »Cachexie urinaire« bezeichnet hat. Der Urin der Kranken ist klar, enthält keine Mikroorganismen, es besteht kein Fieber. Werden solche Pat. ohne Befolgung peinlichster Antisepsis katheterisirt, so kann sehr schnell unter Temperaturerhöhung Eiterung entstehen und das Leben aufs äußerste bedroht werden. Die Haupterscheinungen sind Stase des Urins, örtliche und allgemeine Ernährungsstörung. Die Gefahr der Weiterverbreitung des infektiösen Agens auf die Harnleiter und Nieren ist hier sehr groß. Bei der akuten vollkommenen Harnretention sind die Bedingungen für eine Infektion durch die Schnelligkeit, mit welcher eingegriffen werden muss, weniger günstig. Es besteht aber ein Unterschied zwischen der Harnverhaltung der Strikturen und derjenigen bei Prostatahypertrophie, denn erstere kommen meist bei jungen kräftigen, letztere bei älteren Individuen vor. Die schwersten Erscheinungen von Harnretention wegen Harnröhrenverengerung schwinden, sobald die Harnentleerung wieder gut von statten geht; bei der Prostatahypertrophie bleibt die Infektion der Blase gewöhnlich bestehen, aber der Process schreitet nicht weiter fort, besonders wenn für die künstliche Blasenentleerung genügend Sorge getragen wird.

Die Ergebnisse der Versuche des Verf.s an Thieren (Einführung von Reinkulturen pathogener Bakterien in die Blase von Thieren mit und ohne Unterbindung des Penis etc.) siehe im Original.

G. Meyer (Berlin).

---

5. G. Klemperer und E. Scheuerlen. Das Verhalten des Fettes im Magen. (Aus der 1. med. Klinik des Geh. Rath Prof. Dr. Leyden.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. Hft. 4. p. 370.)

Nachdem durch Cash und Ogata festgestellt war, dass der lebenden Magenschleimhaut die Fähigkeit zukommt, aus Fett Fettsäuren abzuspalten, haben Verff. die Frage aufgeworfen, ob Fett resp. Fettsäuren von der Magenschleimhaut resorbirt würden. Versuche an Hunden mit unterbundenem Pylorus und Cardia bezw. Ösophagus zeigten, dass weder reine Oleinsäure noch neutrales Olein von der Magenschleimhaut aufgenommen wird. Weitere Untersuchungen lehrten,

dass von neutralem Olivenöl etwa $1^1/_2$ % während mehrstündiger Einwirkung der lebenden Magenschleimhaut abgespalten wurden. Auch Bakteriengemischen kommt fettspaltende Wirkung zu, doch ist dieselbe erheblich geringer. Versuche an Gesunden und Kranken mittels Eingießung von 100 g Olivenöl in den Magen ergaben nach 2stündigem Aufenthalt gleichfalls Abspaltung von 1—2 % Fettsäuren. Bei längerem Verweilen im Magen steigt die Menge und beträgt bei abnormen Gährungsvorgängen im dilatirten Magen bis 6 %.

J. Boas (Berlin).

---

6. **W. Brunner.** Zur Diagnostik der motorischen Insufficienz des Magens. (Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Riegel in Gießen.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 7.)

7. **C. A. Ewald.** Bemerkungen zu dem Aufsatz von Brunner »Zur Diagnostik der motorischen Insufficienz des Magens«.

(Ibid. No. 11.)

B. hat sich die Aufgabe gestellt, die neuerdings behufs Exploration der motorischen Kraft des Magens angegebenen Methoden nachzuprüfen. Zunächst prüfte B. die Salolmethode von Ewald und Sievers an Gesunden und Kranken. Hierbei ergaben sich dem Verf. große Schwankungen, dessgleichen bei Magenkranken. B. findet dieselben darin begründet, dass selbst bei großer motorischer Schwäche des Magens leicht kleine für den Eintritt der Reaktion genügende Salolmengen in den Darm gelangen können. Nach B. ist daher die Salolmethode für wissenschaftliche und praktische Zwecke nicht zu empfehlen.

Die zweite von B. nachgeprüfte Methode ist die von Klemperer neuerdings angegebene Ölmethode. Auch mit dieser ist B. sowohl bei Gesunden als bei Magenkranken zu Resultaten gelangt, die von denen Klemperer's erheblich abweichen. B. ist der Ansicht, dass die Methode, abgesehen davon, dass sie praktisch kaum anwendbar sei, auch unzuverlässig ist, da man aus der Menge des wieder vorgefundenen Öls kaum einen Schluss auf das Vorhandensein und nun gar auf den Grad der motorischen Insufficienz machen könne. Auch den Umstand, dass in der Klemperer'schen Methode ein den physiologischen Verhältnissen gegenüber inäquater Reiz den Magen trifft, hält B. für bedenklich. Schließlich hält B. die in der Riegel'schen Klinik geübte Methode, aus der Menge und Beschaffenheit des Mageninhaltes nach der Probemahlzeit etwaige Motilitätsstörungen zu erschließen, für die beste. —

E. hält das absprechende Urtheil B's. über die Salolmethode dadurch bedingt, dass derselbe an ihre Leistungsfähigkeit unberechtigte Ansprüche stellt. E. betont, dass er auf den Ausfall der Salolprobe niemals die Diagnose Motilitätsstörung begründe, sondern dass sie nur im Verein mit den übrigen Symptomen Verwendung finde.

Außer der Verschiedenartigkeit der motorischen Magenfunktion bei demselben Menschen unter verschiedenen Verhältnissen kommt als weiterer unkontrollirbarer Faktor der für die Spaltung des Salols im Darm nothwendige Alkalescenzgrad, bedingt durch Pankreassekretion und Gallenzufluss, hinzu. Nach E. wird es darauf ankommen, die Größe der physiologischen Schwankungen nach oben oder unten festzustellen. In dieser Hinsicht sind E.'s Versuche für die Salolmethode weit günstiger als Brunner's. Unter 58 Versuchen ist die normale Reaktionszeit nur zweimal überschritten worden. Es kommt hierbei, was B. übersehen hat, auf die Menge des Salolpulvers, die Form, in welcher es gegeben und die Zeit, zu welcher es gereicht wird, an. Dem Befunde von B., dass nach Faradisirung der Magengegend eine beschleunigte Ausfuhr der Salolkomponente nicht erfolgte, stehen nach E. mehrere Versuche von Einhorn gegenüber mit unzweifelhafter Beschleunigung der ersteren. E. sieht demnach trotz der zuweilen vorkommenden Über- oder Unterschreitungen keinen Grund, der Salolmethode, aus der sich im konkreten Falle brauchbare Schlüsse für das Verhalten der motorischen Kraft des Magens ergeben, jeden diagnostischen Werth abzusprechen.

J. Boas (Berlin).

---

8. **Nothnagel.** Zur medicinischen Behandlung des Ileus.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 12 u. 13. p. 179 u. 195 ff.)

Eine reiche, vieljährige Erfahrung führte N. zu folgenden Maßregeln, deren er sich bei Behandlung des Ileus bedient: Anregung der Peristaltik von unten her durch Wasserirrigation, Kochsalzklysmen oder Injektion von eiskaltem Syphon, Bekämpfung des drohenden Collapses durch Opium, vollständige Abstinenz von jeglicher Nahrung und vor Allem absolute Verwerfung der Abführmittel. Die Magenausspülungen, welche zuerst in der Kussmaul'schen Klinik angewandt wurden, ließen nie einen besonderen Nutzen erkennen; da sie aber harmlos sind und dem Pat. Erleichterung bringen, so kann man sie versuchen. Entschieden zu verwerfen ist die Anwendung der Massage; auch die elektrische Behandlung verdient keine Rücksicht. Vom regulinischen Quecksilber sagt N., dass seine Verabreichung in frischen Fällen keinesfalls Schaden bringen wird.

Bei dieser Gelegenheit legt N. auf Grund seiner zahlreichen Thierversuche noch einmal seine Ansicht klar, dass es im normalen Darm keine Antiperistaltik giebt, auch nicht im stenosirten Darm. Es giebt allerdings eine Antiperistaltik, welche N. selbst in gewissen Fällen experimentell nachwies, aber dieses ist nur dann der Fall, wenn man chemisch reizende Substanzen von abnormen Stellen aus in den Darm bringt, so z. B. wenn man eine 10%ige Kochsalzlösung, Cuprum sulfuricum vom Mastdarm oder von einer anderen Stelle aus in den Darm des Kaninchen bringt; dann wird sowohl peristaltische als auch antiperistaltische Bewegung auftreten. Das Kotherbrechen kann nur auf mechanischen Momenten beruhen: bei den auf reflek-

torischem Wege ausgelösten Brechbewegungen, bei den dabei stattfindenden Kontraktionen der Bauchmuskeln und des Zwerchfelles entleert sich der Darminhalt, gleichmäßig von allen Seiten gedrückt, dahin, wo er Platz findet, also nach oben. **Prior** (Bonn).

---

9. **S. Caravias.** Recherches expérimentales et cliniques sur l'Antipyrine.

Thèse de la Faculté de Méd. de Paris 1887.

Die sehr umfangreiche, auf Veranlassung und unter Leitung Germain Sée's ausgeführte Arbeit zerfällt in einen experimentellen und klinischen Theil. Die Ergebnisse eingehender physiologischer Untersuchungen sind folgende: Das Antipyrin setzt die Erregbarkeit in der sensiblen Sphäre herab. Es bewirkt in Form der subkutanen Injektion eine hervorragende Herabsetzung schmerzlicher Empfindungen. Durch direkte Einwirkung auf das vasomotorische System wird eine Erweiterung der peripheren Gefäße herbeigeführt. Das Antipyrin ist in 50%iger Lösung ein vorzügliches Antisepticum, das selbst einer 1‰igen Sublimatlösung vorzuziehen ist.

Die klinischen Versuche haben dem Verf. bestätigt, dass das Antipyrin ein vorzügliches Anodynon ist. Es hat beim akuten Gelenkrheumatismus, bei Neuralgien, lancinirenden Schmerzen etc. in einer großen Reihe von Fällen vorzügliche Resultate ergeben, die nur sehr selten durch unangenehme Nebenerscheinungen beeinträchtigt werden. Mit gutem Erfolge verwendete C. das Antipyrin ferner beim Tripperrheumatismus und bei dyspnoischen Beschwerden, auch beim Asthma.

Verf. verabreicht das Mittel in Dosen von 3—6 g innerlich. Falls durch diese Art der Medikation Magenbeschwerden entstehen, greift er zur subkutanen Injektion, welche er auch zur Erzielung einer recht schnellen Wirkung bei sehr heftigen Schmerzen in Anwendung zieht.

Die antiseptische Wirkung des Antipyrins verwerthete C. dann noch bei Behandlung der Gonorrhoe, indem er sich mit Vortheil der Einspritzung einer 10%igen Lösung oder der Einführung von 0,8 Antipyrin in Form eines medikamentösen Bougies bediente.

M. Cohn (Berlin).

---

10. **Sée.** Un nouveau médicament diurétique dans les maladies du cœur.

(Union méd. 1889. No. 73.)

Ein ausgezeichnetes Diureticum beim Hydrops bei Herz- und Nierenkrankheiten ist die Milch, besonders wenn der Magen der Pat. gesund ist oder Hyperacidität des Magensaftes besteht. Jedoch erzeugt die Milch neben vermehrter Diurese auch Glykosurie. Die diuretische Wirkung der Milch beruht auf ihrem Gehalt an Laktose. Mit 200 g der letzteren Substanz in 2 Liter Wasser gelöst erreicht man unter Vermeidung jedes anderen Getränkes bei Herzkranken

(nicht konstant bei Arteriosklerose) erhebliche Polyurie ohne Glykosurie (während 2—4 Tagen bis zu 4500 g). Mit dem Aufhören der Darreichung des Medikamentes sank bei den von S. beobachteten Pat. die Harnmenge wieder. Diese diuretische Wirkung übersteigt also die aller anderen Medikamente, zeigt sich aber nur bei Herzkranken, deren Nieren nicht degenerirt sind. Ist letzteres der Fall, und das Eiweiß im Harn beträgt 0,6—0,9 : 1000, so ist die diuretische Wirkung der Laktose zweifelhaft oder nicht vorhanden, so dass man aus dem Effekt der Behandlung einen Schluss auf den Grad der Nierenaffektion ziehen kann. Tritt Durchfall oder reichliche Schweißabsonderung bei den Pat. während des Gebrauches der Laktose ein, so ist die Polyurie ebenfalls verringert. Im Allgemeinen wird das Medikament gut vertragen; man verordne es 8—10 Tage lang, um es dann einige Tage auszusetzen und wiederum gebrauchen zu lassen. Besteht Abneigung gegen das Mittel, so setze man etwas Aquae Menthae oder vitae hinzu. Alle anderen Getränke sind während des Gebrauchs der Laktose auszusetzen, jedoch sind sämmliche Nahrungsmittel zur Kräftigung des Herzmuskels gestattet. Die diuretische Wirkung der Laktose geht von den Nieren aus. Die vom Herzen aus wirkenden Diuretica, Digitalin, Convallamarin, Strophanthus wirken schwächer und weniger sicher. Von den Nieren aus erzeugt Coffein stärkere Diurese, bewirkt aber Nebenerscheinungen von Seiten des Nervensystems, welche beim Gebrauch der Laktose sich nicht einstellen. Letztere ist daher ein treffliches Diureticum bei Herzaffektionen in der Periode der Asystolie. Die bei dieser vorhandene Dyspnoe wird durch die Einnahme des Medikamentes nicht beeinflusst. Gegen diese erweist sich das Kal. jodat. günstig, so dass man durch Kombination dieser beiden Substanzen alle Indikationen bei Herzerkrankungen erfüllen kann.

G. Meyer (Berlin).

---

11. **Ungar** (Bonn). Die Verwerthung der pneumatischen Therapie im Kindesalter.

(Therapeutische Monatshefte 1889. No. 1.)

Die pneumatische Therapie hat bislang in der Kinderpraxis nur wenig Verwendung gefunden, hauptsächlich desshalb, weil den zur Verwendung kommenden Apparaten, so besonders den Haucke'schen Apparaten und den pneumatischen Kammern Unzulänglichkeiten anhaften, die deren Erfolg in der Kinderbehandlung sehr zweifelhaft machen, und andere Apparate überhaupt nicht in Frage kommen können, da die Anwendung derselben an dem Unvermögen der Kinder scheitert, die Umschaltung der Ventile oder die sonstigen Manipulationen, die zur Regelung des Ein- und Ausströmens der Luft, entsprechend den verschiedenen Respirationsphasen nothwendig sind, vornehmen zu können.

Diesen Übelständen soll nun ein Apparat abhelfen, der von zwei Herren Füth ersonnen und konstruirt wurde und bei welchem die

Öffnung und Schließung der Ventile in sinnreicher Weise durch einen Elektromagneten stattfindet, welcher durch Ströme, die durch die Athmungsbewegungen geöffnet und geschlossen werden, bedient wird. Mit dieser Vorrichtung (deren ausführliche Beschreibung im Originale nachzulesen ist) braucht man nur irgend einen pneumatischen Apparat in Verbindung zu bringen, um nach Belieben komprimirte Luft inspiriren oder in verdünnte Luft exspiriren, oder umgekehrt verdünnte Luft inspiriren oder in verdichtete Luft exspiriren zu können.

Die Anwendung des Apparates wird sich besonders empfehlen bei der Thoraxrachitis mit ihrer Athmungsinsufficienz, ferner bei den in ihrem Gefolge auftretenden Bronchialkatarrhen, zur Verhütung der Thoraxdifformität, zur Vermeidung von Atelektase bei der gleichen Krankheit, außerdem bei der angeborenen paralytischen Thoraxform, bei dem phthisischen Habitus, wobei durch bessere Ventilation der Lungen die Disposition zur Phthise vermindert werden könnte, des Weiteren bei allen akuten und chronischen Bronchialkatarrhen unabhängig von Rachitis, bei Pleuritis und nach Empyem mit Thoraxfistel. Daneben können auch die von Schreiber aufgestellten Grundsätze bei der pneumatischen Behandlung von Lungenerkrankungen geeignete Berücksichtigung finden, man wird durch entsprechende Lagerung des Kranken, durch Kompression der gesunden Thoraxhälfte, durch Einwicklung der oberen Bauchhälfte etc. den Nutzen der Einathmung komprimirter Luft noch erhöhen.

Die Kinder gewöhnen sich leichter an das Athmen mit dem Apparate als man denken sollte und machen höchstens im Anfang Schwierigkeiten, während es ihnen später zumeist Vergnügen bereitet, an demselben zu athmen. **Goldschmidt** (Nürnberg).

Kasuistische Mittheilungen.

12. **Cantani.** Zur Therapie des chronischen Bronchialkatarrhs im Gefolge von Emphysem. (Vom Verf. autorisirte Übersetzung.)

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 14 u. 15.)

Verf. erörtert die beiden Hauptformen des Emphysems, das substantive und mechanische. Als eine rationelle therapeutische Methode bezeichnet C. die Einathmung verdichteter und Ausathmung in verdünnte Luft, wenngleich die praktischen Erfahrungen weit hinter den theoretischen Erwartungen zurückbleiben. Zur Therapie des Bronchialkatarrhs übergehend, behandelt Verf. vorerst die ätiologische Frage desselben und macht die Wahl der therapeutischen Maßnahmen von der Grundursache abhängig. Pat., die Einflüssen ausgesetzt sind, die notorisch die Entstehung von Bronchokatarrhen begünstigen, haben durch Unterbrechung oder vollständiges Aufgeben der Beschäftigung Heilung anzustreben. Die Diät sei stärkend, übermäßiger Weingenuss kontraindicirt. C. empfiehlt Verweilen in Fichten- und Tannenwäldern, an Meeresbuchten; besonders rühmt Verf. die Seeluft mit Ausnahme jener am Strande, wegen des raschen Gedeihens der Bakterien in letzterer. Verf. tritt sehr warm für die Methode allmählicher Abhärtung des Organismus durch progressive Hydrotherapie zum Zwecke der Bekämpfung der katarrhalischen Disposition ein. Die Verflüssigung des Bronchialsekretes erzielt C.

durch Expectorantia und gegen die asthmatischen Anfälle bedient er sich des von Sée empfohlenen Kali jodat. in Dosen von 2 bis sogar 10 g pro die. Bei abundanter Sekretion empfiehlt sich Inhalationstherapie mit Balsamicis oder innerlicher Verabreichung von adstringirenden Mitteln. **S. Gressmann** (Wien).

13. E. Holm. Zur Kreosottherapie bei Lungentuberkulose.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai.)

Verf. berichtet über die Resultate der Kreosottherapie bei 53 auf der Mosler'schen Klinik in Greifswald behandelten Phthisikern. 6 schwere Fälle waren von vorn herein von dieser Behandlung ausgeschlossen worden, da deren Nutzlosigkeit hierbei aus früheren Veröffentlichungen klargestellt worden ist.

Auf Grund seiner Beobachtungen hält Verf. die Anwendung des Kreosots bei schweren Veränderungen und akutem Verlaufe überhaupt für zwecklos. Nur bei frisch beginnender, ferner bei ganz chronischer Lungenerkrankung lässt sich ein günstiger Einfluss desselben erkennen, und zwar wird 1) das Allgemeinbefinden gebessert, 2) die Sekretion und 3) der Husten vermindert, so dass in manchen Fällen vom Morphiumgebrauch Abstand genommen werden konnte. Dagegen bewirkte das Kreosot nicht, 1) dass die Bacillen verschwanden, 2) dass die Erscheinungen tuberkulöser Darmerkrankungen sich besserten, 3) ein sicherer Einfluss auf das Fieber wurde nicht konstatirt. In wenigen Fällen kamen erhebliche Verdauungsstörungen vor. Verabfolgt wurde das Kreosot in Kapseln (0,05) oder in Tropfen (Kreosot 5,0, Tinct. Gentian. 10,0, 3mal täglich 5 Tropfen in Milch in aufsteigender Dosis).

Was die Statistik betrifft, so kann von definitiver Heilung bei sämmtlichen beobachteten Fällen wegen zu kurzer Beobachtungszeit nicht die Rede sein. 2 Fälle von 9 im Anfangsstadium der Phthise befindlichen wurden »anscheinend geheilt«, die übrigen gebessert entlassen.

Ferner wurden 21 Fälle langsam und chronisch verlaufender Erkrankung gebessert.

23 Fälle schwerer Phthise wurden nicht günstig beeinflusst, 11 davon starben.

Von sämmtlichen (30) gebesserten Fällen muss nach H. die Besserung nur bei 12 einzig und allein auf den Einfluss des Kreosots zurückgeführt werden, weil sie früher vor dessen Gebrauch in denselben günstigen Verhältnissen und in derselben Pflege wie im Hospital lebten. Die übrigen 18 erfuhren im Hospital eine weit bessere Verpflegung und Behandlung als zuvor. **Rosin** (Breslau).

14. Wölfler. Über die mechanische Behandlung des Erysipels.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 23—25.)

Vor Jahresfrist hatte W. über eine Behandlungsmethode des Erysipels mittels Begrenzung durch Siccativ- oder Traumaticinstreifen berichtet und schon in dieser Veröffentlichung erwähnt, dass er 4 Fälle mit Heftpflasterstreifen behandelt und den Eindruck gewonnen habe, dass die Applikation dieser eine weit größere Aussicht auf Erfolg biete, als die der Traumaticinstreifen. 20 weitere Fälle haben diese Ansicht bestätigt. Abgesehen von 2 Fällen, die der Sepsis erlagen und einem, in welchem die Behinderung der peripheren Ausbreitung nicht möglich war, wurden in allen Fällen gute Erfolge erzielt. Es handelte sich um 1 Erysipel des Stammes, 1 an der oberen, 4 an der unteren Extremität und 12 Gesichtserysipele.

Dass die Erysipele in ihrer Ausbreitung wirklich gehemmt werden, geht daraus hervor, dass sie fast in allen Fällen bis zum Heftpflasterstreifen vordrangen; dann schwoll die Haut vor dem Streifen gewöhnlich mächtig an, brauchte einige Zeit, bis sie wieder abschwoll, und erst während dieser Zeit trat die Entfieberung auf. Entwicklung von Cirkulationsstörungen vor oder zwischen den Streifen wird dadurch vermieden, dass man an dieser Stelle einen oder zwei Blutegel anlegen lässt.

Bei den Gesichtserysipelen wurde in den ersten Fällen bloß durch einen Streifen um den Hals die Abgrenzung auf den Kopf, später aber durch Streifen im Gesicht auch die Abgrenzung auf einzelne Theile desselben und zwar stets mit gutem Erfolg versucht.

Der Heftpflasterstreifen soll immer gekreuzt werden und das Pflaster muss gut klebend sein. Zu empfehlen ist ferner die Anlegung eines zweiten Streifens, da man nicht immer sicher beurtheilen kann, wie weit das Erysipel schon vorgedrungen ist. Weiter ist darauf zu achten, dass die Streifen nicht locker werden; zur Sicherheit kann man sie mit Kollodium befestigen.

Bisweilen kommt es vor, dass das Erysipel bei gut haftenden Streifen mit wesentlich abgeschwächter blassrother Farbennuance einige Finger breit den ersten Streifen überschreitet, um sodann rasch zu erlöschen, oder auch, dass das Erysipel um den Heftpflasterstreifen herumkriecht, bis die ganze Cirkumferenz der Haut vor dem Streifen geröthet ist.

Eine Reihe von beigegebenen, gut ausgeführten Skizzen erläutern das Verfahren.

M. Cohn (Berlin).

15. Hamburger. Zur lokalen Behandlung des Erysipels.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Seit 10 Jahren bedient sich H. zur Abgrenzung des Erysipels mit Vortheil folgenden Verfahrens: An der sicht- und fühlbaren Grenze des Erysipels wird einmal oder, wenn ein Fortschreiten beobachtet wird, zweimal des Tages mit reiner Jodtinktur ein 2—3 cm breiter Saum gepinselt. Es gelingt dadurch stets eine Begrenzung des Rothlaufs; in einigen Fällen wurde schon in 24 Stunden ein Weichen und zugleich Abfall der Temperatur konstatirt. Reizungserscheinungen durch die Jodtinktur wurden dabei niemals beobachtet.

Die schon befallenen Stellen werden durch Bestreichen von Fett und Anwendung der Kälte, die Ausgangspunkte in der üblichen Weise behandelt.

M. Cohn (Berlin).

16. M. Stefana. Néphrites primitives mycotiques épidémiques des enfants.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. IV. p. 93.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine eigenthümliche Epidemie zu beobachten. 14 Kinder im Alter von 3—10 Jahren erkrankten unter heftigen Fiebererscheinungen, die nach 1—3 Tagen nachließen und nach 4 oder 5 Tagen ganz vorüber waren. Objektiv war außer dem Fieber nichts zu finden; nachdem dieses aber geschwunden war, stellten sich Albuminurie und Ödeme ein und nach 10—15 Tagen trat Heilung ein, wenn der Pat. bis dahin nicht gestorben war; niemals wurde die Krankheit chronisch. 3 Kinder kamen zur Sektion. Das erste am 4. Tage, 3 Jahre alt, zeigte in den Kapillaren der Nierenrinde und in den Glomerulusschlingen eine kolossale Anhäufung eigenthümlicher Kokken, die einzeln, zu zweien oder auch zu mehreren an einander gereiht waren und meist einen deutlichen hellen Hof besaßen. An mehreren Stellen konnte Verf. die Kokken auch in die Harnkanälchen übergehen finden und in den Papillen fanden sich ganze Kokkencylinder in den Kanälchen. Nirgends waren die Kokken im Kapselraum der Glomeruli nachweisbar. Die Epithelien waren zum Theil nekrotisch (»nécrosis de coagulation«, die Kerne färbten sich schlecht oder gar nicht), das Bindegewebe war in Proliferation begriffen. Das zweite, ein 8jähriges Kind, starb am 15. Tage, das dritte, ein 3jähriges, am 10. Tage. Bei beiden fanden sich keine Kokken, dagegen vorgeschrittene parenchymatöse und interstitielle Nephritis mit Cylindern. Verf. glaubt, dass auch diese Fälle durch dieselben Kokken erzeugt seien und dass die Nephritis entstanden sei durch die Elimination derselben. (Leider scheint der Harn im Leben auf Kokken nicht untersucht worden zu sein, da Verf. die mikroskopische Untersuchung der Nieren erst vornehmen konnte, als die Epidemie schon erloschen war und dadurch erst auf die Kokken aufmerksam wurde.) **Hansemann** (Berlin).

17. Hammerstein. Ein Fall von Syphilis congenita tarda.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Der von H. beschriebene Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, der wegen Blutbrechens die Poliklinik von A. Baginsky aufgesucht hatte. Die Mutter hatte

nach der Geburt eines Kindes, das nach 11 Wochen starb, einen Abort gehabt; das nächste Kind war Pat. An der Mutter keine Erscheinungen von Lues. Über den Vater war nichts zu eruiren. Der Knabe soll bis auf Masern stets gesund gewesen sein. Im 4. Lebensjahre hatte er Verkrümmungen beider Beine, die durch Schienenverband etc. heilten. Ein Jahr später hatte er eine scheinbar ernstere Augenentzündung. Im 13. Jahre trat doppelseitige Keratitis interstitialis auf, die in der königl. Augenklinik für syphilitisch erklärt und specifisch behandelt wurde. Der Knabe ist schwächlich, schlecht entwickelt, Exanthem, Narben, Knochenauftreibungen fehlen. Am rechten Auge Hornhauttrübung, die das Sehvermögen herabsetzt. Septum narium nach rechts verbogen. Zähne, Gehör gut; kein Defekt im Gaumen und Rachen. In den Lungen hinten rechts oben Athemgeräusch etwas hauchend, sonst nichts Abnormes. Herz normal. Leber unten bis 3 cm oberhalb des Nabels perkutirbar. In der Mittellinie des Leibes ein harter Tumor, auf Berührung schmerzhaft, gehört scheinbar der Leber an, deren Kante höckerig und unregelmäßig ist. Milz stark vergrößert, hart. Urin normal, ohne Eiweiß, Appetit gering, Stuhl regelmäßig; jenes Erbrechen trat nur einmal auf.

Die ersten Erscheinungen der Syphilis traten bei dem Knaben im 5. Lebensjahre auf, wenn jene erste Augenerkrankung eine Keratitis interstitialis war. In der Leber liegt sicher eine interstitielle Affektion mit Tumorbildung vor. Für beide Erkrankungen kann man wohl nur die Syphilis tarda verantwortlich machen, eine Diagnose, welche auch durch die Anamnese (Abort der Mutter) unterstützt wird. **G. Meyer** (Berlin).

18. F. Ziehl. Zur Methodik der galvanischen Behandlung schwerer Trigeminusneuralgien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 12.)

Z. hat eine seit 7 Jahren bestehende linksseitige Trigeminusneuralgie, bei welcher sich die verschiedensten Mittel bloß als Palliativa oder als ganz erfolglos erwiesen hatten, durch den galvanischen Strom bei folgender Art der Anwendung zum Schwinden gebracht: Die Elektroden (25 qcm) wurden so an beide Seiten des Kopfes (Anode links) gesetzt, dass in die Verbindungslinie beider das Ganglion Gasseri fiel. Die Stromstärke betrug $1^1/_4$ Milliampères. Nach ca. 20 je einstündigen Sitzungen war die Neuralgie völlig verschwunden und ist auch bis in die letzte Zeit (nach 15 Monaten) nicht wiedergekehrt. **A. Cramer** (Freiburg i/Br.).

19. C. J. Nixon (Dublin). Diver's paralysis.

(Dublin journ. med. science 1889. Mai.)

Ein ungemein kräftiger 34jähriger Mann, der 7 Jahre lang Seemann gewesen war, wurde danach Taucher. Vor 3 Monaten war er als solcher in Trinidad beschäftigt und hatte in einer Tiefe von 143 Fuß zu thun. Etwa 20 Minuten nachdem er wieder an die Oberfläche gekommen war, merkte er, dass beide Beine gelähmt und empfindungslos waren. In »kurzer Zeit« kehrte etwas Beweglichkeit und Empfindung wieder. Pat. ging nach Liverpool. Seit dem Beginn der Erkrankung hatte er öfters Schwindel, besonders nach körperlicher Thätigkeit, und ein dumpfes, kaltes Gefühl im Hinterkopfe, oder die Empfindung, als hätte er einen Hut auf dem Kopfe. Ein ähnliches Gefühl hatte Pat. in den Beinen, wenn er sich setzte.

Status praesens: Motilität, Tast- und Schmerzempfindung in beiden Beinen herabgesetzt; »theilweiser Verlust der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Muskeln«. Plantarreflexe normal, Cremasterreflex fehlend, Patellarreflexe gesteigert, kein Fußklonus. Gehen und Stehen sehr erschwert. »Gang von watschelndem Charakter, wie man es in ausgesprochenen Fällen von Pseudohypertrophie der Muskeln sieht.« Gleich darauf findet sich die Bemerkung, welche auch durch die specielle Beschreibung gerechtfertigt ist, dass der Gang derselbe sei, wie bei der sog. spastischen Spinalparalyse. Entschiedene Rigidität in der Muskulatur der Beine; häufig »spontane« Kontraktionen derselben. Pat. gab an, die eigenthümliche Gangart, die er zeige, sei auch bei anderen Tauchern häufig und dies rühre von

der Belastung der Füße durch schwere Bleiplatten beim Tauchen her. An der Blase war »etwas Reizbarkeit« und leichte Inkontinenz vorhanden. Sonst klagte Pat. über nichts.

Pat. entzog sich leider der weiteren Beobachtung schon nach ganz kurzer Zeit. Zur Erklärung der »Taucherlähmungen« macht Verf., unter Hinweis auf die bekannten Beobachtungen von Leyden etc. noch auf ein Moment aufmerksam, nämlich auf die Blutversorgung der unteren Rückenmarksabschnitte. Die zu diesen führenden Arterienästchen sind lang und dünn und müssen auf plötzliche Anämie stark reagiren; es zeigt sich auch bei Injektionsversuchen, dass es sehr schwer ist, diese Arterien vollständig zu füllen. Kommt nun, wie es bei Tauchern nach Verlassen der Glocke nicht unwahrscheinlich ist, rasch eine Anämie der inneren Arterien zu Stande, so werden die Folgen für die unteren Abschnitte des Rückenmarkes (Lumbaltheil) ähnliche sein, wie nach temporärer Ligatur.

Küssner (Halle).

20. **Buchholz.** Zur Kenntnis des Delirium acutum. (Zwei Fälle von wachsartiger Degeneration der Skelettmuskulatur.)

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XX. p. 788.)

Abgesehen von den älteren Zenker'schen Beobachtungen hat zuerst Fürstner bei eigentlichen Psychosen mit Sicherheit in 3 Fällen eine wachsartige Degeneration der willkürlichen Muskulatur nachgewiesen. B. fügt 2 neue Beobachtungen hinzu. Seine Kranken litten am Delirium acutum. In beiden Fällen setzte die Krankheit plötzlich ein, unter massenhaft sich aufdrängenden Hallucinationen wurde das Bewusstsein getrübt, schon in den ersten Tagen entwickelte sich bei heftigster motorischer Erregung ein rapider Kräfteverfall, welchem die Kranken nach 2—3wöchentlicher Krankheitsdauer erlagen. In beiden Fällen bestand Fieber, welches im ersteren mit mittleren und höchsten, im zweiten Falle unter geringen Temperaturen einherging. Die Reflexerregbarkeit war erhöht. Die motorischen Erscheinungen machten oft den Eindruck von unwillkürlichen Bewegungen (athetoseartig). Die direkte mechanische Muskelerregbarkeit war gesteigert, Tremor und fibrilläre Zuckungen fehlten nicht. Alle somatischen Ursachen für das Fieber waren nicht mit Bestimmtheit auszuschließen (in einem Falle Digestionsstörungen, im anderen Falle, allerdings nicht vom Anfang an, eine Pneumonie). In beiden Fällen bestand Albuminurie (im 2. Fall von Anfang an nachgewiesen). Die Sektion ergab in einem Falle eine trübe Schwellung der Nieren, während sich bei der zweiten Pat. keine Veränderungen nachweisen ließen. Die Lungen boten in beiden Beobachtungen das Bild der Fettembolie. Am Centralnervensystem ließ sich keine auf die schweren Erscheinungen zu beziehende Veränderung erkennen. (Als zufälliger Befund im 2. Falle eine Heterotopie der grauen Substanz des Rückenmarkes.) Die Skelettmuskulatur zeigte mikroskopisch alle Stadien der wachsartigen Degeneration in den verschiedensten Muskeln. Mit dem Blut und den Gewebsflüssigkeiten der einen Pat. wurden Impfversuche angestellt, jedoch blieben die Kulturen steril.

A. Cramer (Freiburg i/Br.).

21. **A. Bignami.** Disturbi della parola in un caso d'isteria maschile precoce.

(Bullet. della soc. Lancisiana 1888. Fasc. 3.)

B.'s Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, der seit einiger Zeit an konvulsivischen hysterischen Anfällen leidet; nach einem solchen Anfall trat Stummheit auf, die ein neuer Anfall zum Schwinden brachte. Dieser Vorgang wiederholte sich öfter, jedoch in der Weise, dass die Periode der Stummheit nie länger als 3—4 Tage dauerte; während derselben ist Pat. heftig und reizbar, und es besteht nach Schluss dieser Periode Amnesie für dieselbe. Die Stummheit ist nicht immer von konvulsivischen Anfällen eingeleitet, mitunter beginnt sie vielmehr mit einer Art von Schlafanfall; statt der Stummheit tritt in einzelnen Fällen auch Taubstummheit auf, andere Male Aphasie oder Aphonie; zuweilen besteht die Sprech-

stockung darin, dass Pat. Alles, aber nur undeutlich spricht, ohne die Kiefer von einander entfernen zu können. Die Behandlung bestand in der Anwendung des faradischen Stromes, dem B. in dem speciellen Falle nur eine suggestive Wirkung beimisst. Pat. wurde auch hypnotisirt und eben so wie durch die Suggestion die einzelnen sonst spontan auftretenden Krankheitserscheinungen künstlich erzeugt werden konnten, eben so wurden auf suggestivem Wege die einzelnen Krankheitserscheinungen, insbesondere auch die hysterischen Anfälle beseitigt.

A. Moll (Berlin).

22. **R. W. Felkin** (Edinburgh). Note on a case of Elephanthiasis Arabum.

(Edinb. med. journ. 1889. März.)

F. berichtet folgenden, namentlich auch in therapeutischer Hinsicht bemerkenswerthen Fall von Elephantiasis (Arabum).

Eine 33jährige Dame in Indien, die stets ein sehr thätiges Leben geführt und mit Ausnahme von gelegentlichen Malariaanfällen keine ernstere Krankheit gehabt hatte, erkrankte im Anfange des Jahres 1887 abermals mit Fieber; danach fiel es ihr auf, dass sie stärker wurde, während sie bisher immer sehr mager gewesen war. Der Appetit war sehr wechselnd; gegen Fisch hatte sie ausgesprochene Abneigung und erbrach stets danach. Zuweilen kam auch sonst Erbrechen mit Kopfschmerz und Pat. fühlte sich im Ganzen sehr matt. Sie beschloss Indien für einige Zeit zu verlassen und ging nach England; schon bei ihrer Ankunft hier und während der nächsten Monate fühlte sie sich auch entschieden besser; sie nahm stetig an Gewicht zu. Die Haut wurde empfindlich und juckte zuweilen. Später, bei anhaltender starker Beschäftigung, fühlte sich Pat. wieder sehr angegriffen, wurde appetitlos und musste sich wegen allgemeiner Kraftlosigkeit im Juli 1888 in ärztliche Behandlung begeben.

Verf. fand um diese Zeit die Kranke angegriffen und nervös; der Puls war rasch (104), klopfend; Temperatur normal; Zunge dick belegt. Herz und Lungen normal. Milz stark, Leber etwas weniger vergrößert. Die Haut des Gesichtes und des Halses, der Vorderarme und der Unterschenkel zeigte nichts Besonderes, eben so eine kleine Partie am Rumpfe, wozu die Gegend der Brüste gehört. Am ganzen übrigen Körper dagegen waren die äußeren Bedeckungen stark verdickt, straff, rauh und uneben, ähnlich der Rinde einer Orange, stellenweise auch mit flachen, höckerigen Prominenzen besetzt, dunkel pigmentirt. An den Stellen, wo natürliche Hautfalten sich finden, z. B. in der Leistenbeuge, ferner an den Knien etc. bildeten sich bei aufrechter Haltung dicke Wülste in der hyperplastischen Haut; es bestand Neigung zu Intertrigo. Die kranken Hautpartien waren fest-elastisch, mit dem Finger nicht eindrückbar, auf Berührung etwas schmerzhaft. Die Leisten- und Achseldrüsen waren vergrößert. In der ersten Zeit der Beobachtung war geringer Eiweißgehalt des Urins nachweisbar, später verschwand dies und der Urin war ganz normal. Auch die Untersuchung des Blutes ergab keine Anomalien. Die Menstruation war unregelmäßig und etwas schmerzhaft.

Unter der gleich anzugebenden Behandlung trat eine prompte Besserung ein und nach 12 Wochen konnte Pat. als gesund angesehen werden, wollte dann wieder nach Hause reisen. Pat. musste absolute Ruhelage einhalten, bekam fast jeden Tag ein warmes Bad, wurde auf Milchdiät gesetzt (versuchsweise erhielt sie mehrmals Fisch, bekam aber danach wie früher Übelkeit und Erbrechen). Ferner wurde Pat. täglich massirt, Anfangs eine halbe Stunde, später ansteigend bis zu $1^1/_2$ Stunden, und der konstante Strom wurde täglich 20 Minuten lang applicirt (wie?). Eine Mixtur aus Chinin, Eisen, Arsenik und Strychnin wurde verordnet; Abführmittel nach Bedürfnis gegeben. Während der ersten 6 Tage obiger Behandlung hatte Pat. leichte Temperatursteigerungen und geringes Ödem um die Knöchel; sonst ging dauernd Alles glatt und gut. Massage und Galvanisiren wurde bereits nach 8 Wochen fortgelassen, da die Haut jetzt ihre normale Beschaffenheit wieder erlangt hatte. **Küssner** (Halle).

23. C. Boeck. Über Acne frontalis s. necrotica (Acne pilaris — Bazin).
(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 1. p. 37.)

Verf. bezeichnet mit diesem Namen das, was Hebra als Acne varioliformis beschrieben. Er hatte Gelegenheit, einen Fall von außergewöhnlicher Heftigkeit der Ausbrüche zu beobachten, bei welchem die Größe der einzelnen Plaques und Elevationen, so wie die über einen großen Theil des Körpers verbreitete Lokalisation der Krankheit von dem bisher bekannten Bilde abwichen. Auffällig waren noch zwei Erscheinungen: man sah nämlich im Centrum der Papeln um den Haarfollikel herum eine Menge äußerst kleiner staubförmiger hämorrhagischer Pünktchen, welche zusammen einen kleinen schwach markirten violettrothen Fleck bildeten. Der Process endigte stets in Nekrose eines Theiles der Cutis mit der angrenzenden Epidermisdecke. Zudem hatte die Krankheit die Neigung, bei neuen Ausbrüchen sich in den alten Narben zu lokalisiren. B. schlägt desshalb die Bezeichnung Acne necrotica vor. Aus der mikroskopischen Untersuchung der ausgefallenen nekrotischen Schorfe glaubt Verf. den Verlauf des Processes sich so erklären zu können, dass um die Haarfollikel unter gleichzeitiger Hyperplasie des epithelialen Inhaltes des Follikels selbst und in der nächsten Umgebung desselben ein entzündlicher Process auftritt, welcher oft schnell weiter um sich greift und von einer Erweiterung resp. Berstung der Blutgefäße mit ausgesprochener ödematöser Imbibition der Gewebe begleitet ist. Um die Blutgefäße herum bilden sich beträchtliche Exsudatmassen, welche einem schnellen Absterben anheimfallen. Wodurch dieser Process der Nekrose bedingt ist, müssen weitere Untersuchungen lehren. **Joseph** (Berlin).

24. Feilchenfeld. Über die sogenannte Tuberculosis verrucosa cutis.
Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Der Verf. hatte Gelegenheit, 3 Pat. mit »Tuberculosis verrucosa cutis« zu beobachten und ein aus der erkrankten Partie excidirtes Stück von einer der Kranken mikroskopisch zu untersuchen. Die Kranke selbst, deren einer Bruder an Phthise starb, verlor von 4 Kindern aus ihrer zweiten Ehe — ihr erster Mann war nach kurzer Zeit verstorben — 3 an Phthise. 1878 hatte sie angeblich einen Blutsturz, war aber seit der Zeit gesund. Ihr zweiter Mann starb nach 6monatlichem Krankenlager an Phthise. 8 Jahre lang war sie Küchenmädchen und hatte besonders viel mit Küchenabfällen zu thun.

Der histologische Befund in seiner Gesammtheit stellte sich in den Schnitten aus jenem kranken Hautstück als ein chronisch entzündlicher Process in den oberen Schichten der Haut dar, einhergehend mit Bildung papillärer Exkrescenzen, pathologischer Verhornung, »Bildung von Granulationsgewebe in der Tiefe und kleiner, an die Oberfläche tretender Eiterherde«. Vergleichung mit Präparaten von Leichenwarzen (von Blaschko) ergab, dass zwischen den beiden Vorgängen große Ähnlichkeit besteht. Jedoch konnte F. nirgends einen Beweis für die tuberkulöse Natur der Affektion erhalten, während andere Autoren (Riehl, Paltauf) konstant Tuberkelbacillen gefunden haben wollen. Verf. beobachtete weder diese, noch Anhäufung von Rundzellen, Verkäsung oder Riesenzellen bei der genannten Affektion. **G. Meyer** (Berlin).

25. M. Peter. De l'asphyxie par les vapeurs de charbon, congestion, paralysie, traitement. (Hôpital Necker.)
(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 13. p. 116.)

Bericht über 2 Fälle von Kohlenoxydgasvergiftung, in denen Aderlass und blutige Schröpfköpfe die einzige Medikation bildeten. Der Erfolg war ein so eklatanter, dass Verf. auffordert, bei einer jeden derartigen Vergiftung die Blutentziehung zu versuchen. **Roenick** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. Sonnabend, den 5. Oktober. 1889.

1. **H. Munk.** Über die centralen Organe für das Sehen und Hören bei den Wirbelthieren.

(Sitzungsberichte der kgl. preuß. Akademie der Wissenschaften zu Berlin 1889. Bd. XXXI.)

Trägt Verf. nach einem anderen Operationsverfahren, welches genau beschrieben wird, die Sehsphäre mit einem Schnitte ab, so sind die Versuchsergebnisse beim Hunde und beim Affen genau die nämlichen, wie sie früher nach dem alten Operationsverfahren festgestellt wurden; die Totalexstirpation der Sehsphären ergiebt in den gelungenen Versuchen eine totale andauernde Rindenblindheit auf beiden Augen. Dasselbe zeigt sich bei den niederen Säugethieren und auch bei der Taube, worauf Verf. unter besonderer Widerlegung der Schrader'schen Einwürfe nochmals aufmerksam macht.

Bezüglich der Bedeutung, welche dem Großhirn für das Sehen zukommt, verhalten sich Säugethier und Vogel anders als Frosch und Fisch; während erstere ohne Großhirn ganz und gar blind sind, sehen letztere ohne das Großhirn. Hiermit ist die Lehre vom Großhirn, wie sie früher bestand hinsichtlich der niedersten Funktionen desselben, durch den Verf. als unrichtig dargethan. Während man früher die geistige Auffassung des Gesichtseindruckes im Großhirn entstehen ließ, dagegen das einfache Sehen mit den subcorticalen Sinnescentren verband, zeigt sich, dass beim Säugethier schon der Anfang alles Sehens eine Funktion des Großhirns ist und ohne dieses kommen auf Erregung des Opticus durch Vermittelung niederer Hirntheile wohl Reflexbewegungen (Retina- oder Opticusreflexe), dagegen niemals Sinnes- oder Sehreflexe zu Stande. Und nicht an das ganze Großhirn oder dessen ganze Rinde ist die Lichtempfindung beim Säugethier gebunden, sondern nur an die Rinde der Sehsphäre und hier müssen alle centralen Elemente gelegen sein, welche ausschließlich die Lichtempfindung vermitteln. Entsprechend der von J. Müller begründeten Lehre von den specifischen Sinnesenergien ist nun auch für die Verschiedenartigkeit der centralen Elemente der erste Nachweis erbracht. Nach Wundt existirt diese Verschiedenartigkeit der Elemente nicht, sondern die verschiedenen Sinnesempfindungen werden nach ihm bedingt durch die wesentlich verschiedenen Molekularvorgänge, welche in Folge der verschiedenen äußeren Reize in den Sinnesnerven entstehen und in den centralen Elementen zum Ausdruck gelangen. Verf. weist das Irrige der Wundt'schen Anschauung nach, indem er sich zugleich auch stützt auf die Erfahrungen an neugeborenen Thieren, denen gleich nach der Geburt die Sehsphäre ein- und doppelseitig exstirpirt worden war. Entgegen den Beobachtungen v. Gudden's fand Verf. in den gelungenen Versuchen am Kaninchen 2 Thiere auf beiden Augen vollkommen blind, und 5 weitere auf einem Auge vollkommen blind. Ist durch diese Versuche zunächst eine Widerlegung der von v. Gudden erbrachten Behauptungen gegeben, so geht daraus weiterhin hervor, dass auch die Wundt'sche Lehre irrig ist und dass die Eigenartigkeit der Sinnesempfindung auf der Eigenartigkeit der centralen Sinneselemente beruht, dass ein Vikariiren anderer Elemente für die ausgefallenen — von einem Sinne zum anderen — nicht statt hat.

B. Baginsky (Berlin).

---

2. **B. Baginsky.** Über den Ursprung und den centralen Verlauf des Nervus acusticus des Kaninchen und der Katze.

(Sitzungsberichte der kgl. Akademie der Wissenschaften in Berlin. Sitzung der physikalisch-mathematischen Klasse vom 27. Januar 1889.)

Bekanntlich hat durch eine Anzahl Arbeiten der letzten 6 Jahre unser Wissen vom Ursprung des Hörnerven eine bedeutende Erweiterung und unsere Auffassung der dort vorliegenden Verhältnisse eine große Umgestaltung erfahren. Als hauptsächlichstes Ergebnis

derselben ist zu betonen, dass übereinstimmend fast alle neueren Autoren angeben, dass die hintere Wurzel des Hörnerven aus dem sog. vorderen Kern (ventraler Kern mihi) stammt und dass dieser Kern andererseits Fasern in das Corpus trapezoides abgiebt, die ihn so mit der oberen Olive verbinden. Über den Ursprung der vorderen Wurzel des Hörnerven sind die Ansichten noch getheilt, die Mehrzahl der Autoren will sie bis an den Boden der Rautengrube und in den bekannten inneren Kern (dorsaler Kern mihi) verfolgen, andere sehen ihre Fasern mehr kleinhirnwärts ziehen. Dann wird von den meisten zugegeben, dass aus dem Kleinhirn selbst Fasern in den Hörnerven gelangen und mehrfach behauptet, dass auch eine von hinten her zum Nerven aufsteigende Wurzel existire. B., der sich vor einigen Jahren schon an den einschlägigen Untersuchungen betheiligt hat, veröffentlicht nun die Resultate, welche er erhalten hat, als er neugeborenen Kaninchen und Katzen vom Halse her die Paukenhöhle und das Labyrinth zerstörte und später das Hinterhirn untersuchte.

Für den Ursprung und den centralen Verlauf der hinteren Wurzel bei der Katze hat sich fast dasselbe ergeben, wie früher beim Kaninchen. Auf der Seite, auf welcher uur die Schnecke weggenommen war, waren die hintere Wurzel, der vordere ventrale Kern und das Tuberculum laterale atrophisch. Einen mäßigen Faserschwund zeigten auch auf der betreffenden Seite das Corpus trapezoides und die obere Olive. Außerdem konnte man auf der gekreuzten Seite eine Atrophie der unteren Schleife bis in den Arm des hinteren Vierhügel hinein verfolgen. Verf. macht auch Angaben über Atrophie der Striae acusticae, doch möchte Ref. Zweifel darüber aussprechen, ob es möglich ist, dieses rechts und links fast nie gleichmäßig entwickelte Fasersystem als auf einer Seite »mäßig atrophisch« zu diagnosticiren.

Schwieriger als die Ermittlung dieser zum Theil schon bekannten Verhältnisse war es, die vordere Acusticuswurzel zur Atrophie zu bringen. Die meisten Thiere, bei denen B. versuchte, das ganze Labyrinth mit Ausnahme der Schnecke zu zerstören, gingen an Blutung zu Grunde, drei aber konnte er erhalten, bei denen der Versuch gelungen war. Bei der Untersuchung ergab sich die betreffende Wurzel als sehr atrophisch; von den drei Faserzügen, welche sie auf der gesunden Seite zusammensetzten, geht einer an der medialen Seite des Corpus restiforme verloren, ein zweiter verläuft in Bogen ventralwärts und verschwindet in der Formatio reticularis, zum Theil vielleicht auch in der gleichseitigen Olive, ein dritter lässt sich in die graue Masse der Seitenwand des vierten Ventrikels medial vom Bindearm verfolgen. Diese Masse (Bechterew's Kern?) ist hochgradig atrophisch. Besonders deutlich ist dann die Atrophie an der inneren Abtheilung des rechten Kleinhirnstieles (direkte sensorische Bahn mihi). In diesem Felde liegen zahlreiche rückenmarkwärts degenerirende Fasern, diese entsprächen also einer aufsteigenden

Wurzel. Die Angaben B.'s über die Endigung der vorderen Wurzel im Bereich der Formatio reticularis und der oberen Olive stehen mit Vielem, was wir über den Verlauf dieser Fasern bisher aus wesentlich entwicklungsgeschichtlichen Studien entnehmen konnten, in Widerspruch. Man wird desshalb mit Interesse weiteren diesen Gegenstand behandelnden Untersuchungen entgegensehen.

Edinger (Frankfurt a/M.).

---

3. D. Baldi. Dell' azione trofica che il sistema nervoso esercita sugli altri tessuti.

(Sperimentale 1889. April.)

Aus seinen an Hunden angestellten Versuchen folgert B., dass an den Extremitäten sowohl nach Durchschneidung der hinteren als der vorderen Rückenmarkswurzeln, so wie nach Verletzung des entsprechenden Rückenmarksabschnittes »trophische« Veränderungen eintreten können. Er glaubt, dass diese Störungen nicht abhängen von vasomotorischen Einflüssen, dass sie auch nicht ausschließlich auf äußere Traumen zurückgeführt werden können, und dass auch nicht beide Momente zusammen sie verschulden. B. findet, dass an einem gelähmten Gliede die Gewebsveränderung eine viel langsamere ist, wie an einem in normaler Weise innervirten, und er glaubt, dass desshalb mechanische Einwirkungen, die sonst unwirksam wären, am entnervten Gliede verderbliche Folgen haben können. Seiner Meinung nach üben centripetale und centrifugale Nervenfasern in Gemeinschaft mit dem sie vereinigenden Centralapparat e i n e n d a u e r n d e n r e g u l i r e n d e n E i n f l u s s aus auf die Ernährung der Haut, der ähnlich ist ihrem funktionellen Einfluss auf Muskeln und Drüsen.

O. Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

4. R. Massalongo. Patologia della pneumonite acuta etc.

Verona, D. Tedeschi e Figlio, 1889. 486 S.

Es lässt sich darüber streiten, ob die bedeutenden Forschungen der letzten Jahre über die Pneumonie schon genügend abgeschlossen sind, um eine neue monographische Bearbeitung dieser von anderen Seiten geschilderten Krankheit zu rechtfertigen. Jedenfalls muss man aber anerkennen, dass Verf. ungemein fleißig bemüht war, die ganze ausgedehnte Litteratur über die Pneumonie zusammenzutragen und von dem modernen Gesichtspunkte aus, unterstützt durch eigene Untersuchungen, übersichtlich zu ordnen. Man findet in dem Werke manche interessante Kapitel, wie z. B. über die fibrinöse, durch den Pneumococcus hervorgerufene Colitis, über Malariapneumonien, über die Stellung der Bronchopneumonien zur Pneumonie, und muss hierbei nur lebhaft bedauern, dass speciell die bakteriologischen Untersuchungen, welche doch den leitenden Gesichtspunkt für die Arbeit geben, nicht einwandsfrei sind. Wie schon aus seinen früheren Arbeiten hervorging, hat sich M. wesentlich auf die mikroskopische Untersuchung beschränkt und das Kulturverfahren meist vernachlässigt.

Obgleich die Unität in der Ätiologie, sowohl der primären wie auch im Wesentlichen der sekundären Pneumonie vertreten wird, sieht man in Folge dessen den Friedländer'schen Pneumobacillus meist gleichberechtigt neben dem Fraenkel-Weichselbaum'schen Pneumoniecoccus stehen — ein Irrthum, der denn auch schließlich zugestanden wird, aber nicht mehr gut gemacht werden kann. Auch sonst wird man sich zuweilen mangels genauerer Angabe der Methode oder Beobachtungen nicht recht überzeugen lassen, z. B. bei der Behauptung, dass M. öfters Zucker im pneumonischen Urin gefunden habe oder bei der Angabe, dass im Gegensatz zur fibrinopurulenten Pleuritis bei der rein eitrigen Pleuritis der tödliche Ausgang die Regel sei.

H. Neumann (Berlin).

5. **Heitzmann** (New York). Die Diagnose der Nephritis.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 9 u. 10. p. 132 u. 148.)

Hinweisend auf die Fehler, welche der heutigen Eintheilung der klinischen und pathologisch-anatomischen Nierenentzündung anhaften, hält H. die alte Eintheilung der humoral-pathologischen Schule in katarrhalische und krupöse Entzündung der Schleimhäute für zutreffender als die Virchow'sche Eintheilung in parenchymatöse und interstitielle Entzündung. Auf die Nieren übertragen, ist leicht zu ersehen, was H. unter katarrhalischer und krupöser Nierenentzündung verstanden wissen will. Unter elegischen Klagen, dass wir Europäer seine Lehren, wie man schon dem Eiterkörperchen im Harn ansehen kann, ob der betreffende Kranke eine kräftige Konstitution besitzt oder eine schwächliche, oder ob eventuell die Konstitution ursprünglich eine gute war, aber nun in Folge der Erkrankung geschwächt ist, ignoriren, setzt H. aus einander, auf welche Weise die einzelnen Nierenentzündungen klinisch erkannt werden können. Neues, was von hervorragendem Interesse ist, enthält die Auseinandersetzung nicht.

Prior (Bonn).

6. **Meynert.** Zum Verständnis der traumatischen Neurosen.

(Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 26. April 1889.)
(Wiener med. Blätter 1889. No. 18. p. 282.)

Die traumatischen Neurosen stellen einen höchst mannigfachen Symptomenkomplex dar, zu dem Muskellähmungen, Hautanästhesien, Amaurose, Anosmie und eine gewisse hypochondrische Stimmung gehört. Die Muskellähmungen fasst Charcot als funktionelle Lähmung auf und stellt sie den hysterischen Lähmungen gleich. M. weist dem gegenüber auf die hohe Bedeutung hin, welche der inneren Kapsel, und zwar dem hinteren Antheile derselben, zukommt, so dass nach M. Pat. mit hysterischen Lähmungen sich so verhalten, als ob dieser Theil des Gehirns ausgeschaltet wäre. Die funktionellen Lähmungen unterscheiden sich aber dadurch von den Lähmungen durch Herderkrankungen, dass das Gebiet des Facialis und der Zunge frei bleibt. Die Charcot'sche Erklärung für die funk-

tionellen Lähmungen, dass nämlich durch den Shock bei einem plötzlich auftretenden Unfalle das Bewusstsein getrübt werde und sich ähnlich wie bei der Hypnose verhalte, dass daher in gleicher Weise durch Autosuggestion eine Lähmung hervorgerufen werde, kann M. nicht billigen, da die Vorbereitungen bei einer Suggestionswirkung, welche längere Zeit in Anspruch nehmen, wesentlich verschieden sind von den plötzlichen Eindrücken bei Unglücksfällen. Der Ansicht, welche Oppenheim in Anlehnung an die Anschauungen Charcot's mitgetheilt hat, dass die Kranken sich so verhalten, als wären sie nicht im Stande, die Bewegungsimpulse zum Bewusstsein zu bringen und dass demnach die Lähmungen corticaler Natur seien, hält M. manche Bedenken entgegen. Zunächst fehlt bei den von traumatischer Neurose befallenen Pat. die Aphasie, welche Ausfallserscheinung bei Erkrankungen und Verletzungen der Rinde sehr häufig vorhanden ist. Zweitens ist es nicht erklärbar, warum bei einer so ausgebreiteten Störung der corticalen Funktion das Bewusstsein aufrecht gehalten ist. Nach M.'s Studien ist nur die Erklärung zulässig, dass alle dem Zustande der traumatischen Neurose zukommenden Ausfallserscheinungen begründet sind in vasomotorischen Störungen im Gebiet der Arteria chorioidea, welche die innere Kapsel mit Blut versorgt; die Arteria chorioidea ist durch Bau und Ausbreitungsart zu solchen Störungen speciell geneigt, da sie die ungünstigsten Füllungsverhältnisse unter allen Gehirngefäßen besitzt, weil sie die engste Arterie ist, keine Anastomosen besitzt und sich als Endarterie in den Plexus chorioideus auflöst. Wesentliche Stütze für die Ansicht, dass die funktionellen Lähmungen vasomotorischer Natur sind, findet M. in den Arbeiten Jolly's und den bekannten Studien Unverricht's über die epileptischen Anfälle.

Der Meinung Charcot's, dass die funktionellen Lähmungen ein passendes Objekt für die Suggestionstherapie wären, weist M. entschieden zurück, wie er überhaupt die hypnotische Behandlung für eine Schädlichkeit ansieht; er stimmt vollkommen mit Rieger überein, dass die Hypnose eine psychische Seuche sei, welche geeignet ist, eine Degeneration des Menschengeschlechts herbeizuführen.

Prior (Bonn).

---

7. S. Hoffmann. Über progressive neurotische Muskelatrophie.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XX. p. 660.)

An der Hand von den in der Litteratur niedergelegten und von 4 eigenen exakt beschriebenen Fällen (3 davon wurden früher schon von Schulze untersucht) entwirft H. folgendes Krankheitsbild: Meist auf hereditärer Basis, oft sich durch viele Generationen fortpflanzend, tritt das Leiden nicht selten mehrfach bei Geschwistern in einer Familie auf. Bald setzt es schon kurz nach der Geburt, bald erst später ein. Die Krankheit beginnt stets an den am meisten

peripher gelegenen Muskeln der unteren Extremitäten und schreitet weiter nach dem Rumpfe fort. Nach 1—4jährigem Bestehen der Krankheit werden auch die Arme ergriffen. Allmählich scheint der ganze willkürliche motorische Apparat afficirt zu werden. Der Muskelschwund vollzieht sich symmetrisch, parallel mit der Atrophie geht die Paralyse. Durch die Muskelerkrankung werden allerlei Anomalien der Gelenke, des Ganges etc. bedingt (Pes equinus, Pes varus, Pes equino-varus, Krallenhand). Herbeigeführt werden diese Erscheinungen durch das Übergewicht von in geringem Grade atrophischen Antagonisten. Niemals findet sich Hypertrophie der Muskeln. Atrophie der Knochen ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Muskelspannungen fehlten in allen Fällen. Krampfartige Zustände in den degenerirenden Muskeln sind selten, dagegen finden sich fast immer fibrilläre Zuckungen, aus welchen Tremor und eine eigenthümliche Muskelunruhe in den befallenen Bezirken resultiren (natürlich nicht in den schon ganz atrophischen Muskeln). Die mechanische Muskelerregbarkeit ist entsprechend dem Grade der Atrophie herabgesetzt (bis = 0). Dasselbe Verhalten zeigen die Sehnenreflexe. Die Störungen der elektrischen Erregbarkeit, welche zur Entartungsreaktion gehören, nehmen von den Enden der Extremitäten gegen den Stamm hin allmählich ab. Das Verhalten der Hautreflexe und der Sensibilität ist verschieden. Störungen im Muskelsinn und im vasomotorischen Apparat können vorkommen. Psyche, Appetit, Schlaf und innere Organe zeigen meist keinerlei Abnormitäten. Die Krankheitsdauer ist sehr verschieden, die Krankheit kann Jahre, Jahrzehnte Stillstand machen.

In der Differentialdiagnose könnte nur die multiple chronische Neuritis Schwierigkeiten machen (s. das Original). Gestützt auf zwei Sektionsergebnisse von R. Virchow und Friedreich, welche fast übereinstimmend graue Degeneration der Hinterstränge — vorwiegend in den Goll'schen Strängen — und interstitielle Neuritis in den peripheren Nerven mit den entsprechenden Veränderungen in der Muskulatur fanden (im Friedreich'schen Falle nahm die Affektion der Nerven von der Peripherie nach dem Centrum zu ab), wiederholt H. seine schon auf der Freiburger Versammlung ausgesprochene Ansicht, dass der Krankheit eine Degeneration der peripheren sensiblen und motorischen Nerven zu Grunde liegt. Die Degeneration kann aber central begründet sein (Heredität). H. glaubt, dass entsprechend der Beobachtung Vignal's, welcher den Grad der Entwicklung der Nervenfasern proportional der Nachbarschaft der Wurzeln fand, bei einem allmählichen Zugrundegehen der Ganglienzellen im Rückenmark der Grad der Erkrankung der Nervenfasern der Nachbarschaft der Wurzeln umgekehrt proportional ist, d. h. dass die entfernter gelegenen Partien zuerst zu Grunde gehen.

A. Cramer (Freiburg i/Br.).

---

8. O. Rosenbach. Über die Punktion des Darmes bei Darmverschluss.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 17.)

R. spricht sich an der Hand von 4 Krankengeschichten warm für die Vornahme der Darmpunktion aus, um dem Eintreten der Darminsufficienz bei Darmverschluss vorzubeugen. Er sticht eine Pravaz'sche Spritze mit 4—5 cm langer, möglichst spitzer und nicht zu dicker Kanüle (unter Umständen wiederholt) in den aufgetriebenen Darm ein, und zwar an der prominentesten Stelle oberhalb der Nabellinie. Wenn nicht oder nicht mehr spontan aus der Kanüle Gas entweicht, wird mit der Spritze angesogen; wenn sich Flüssigkeit entleert, soll an die Kanüle ein Schlauch befestigt werden. Vor dem Anziehen wird eine schwache Karbol- oder Jodoformlösung behufs Reinigung der Kanüle durchgespritzt. Schädliche Wirkungen hat R. nicht von der Darmpunktion gesehen. Hingegen nimmt unter Umständen der Leib an Unfang ab und mit dem Meteorismus schwinden Schmerzen, Brechneigung und Dyspnoe. In den Fällen von reparabler Darmstenose kann durch diese Behandlung (natürlich in Verbindung mit der sonst indicirten Therapie) Zeit gewonnen und der Kranke gerettet werden. Der günstige Zeitpunkt für eine Laparotomie wird nicht durch die Vornahme der Punktion versäumt, da jene nach der letzteren nicht unter ungünstigeren Umständen gemacht wird als vorher. **H. Neumann** (Berlin).

---

9. Cervesato (Padua). Über therapeutische Verwendung des Jodols bei inneren Krankheiten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 6.)

Das Jodol, ein Mittel, welches durch seine fast absolute Unschädlichkeit, Geruch- und Geschmacklosigkeit, seine leichte Zersetzbarkeit und seinen hohen Jodgehalt einer Verwendung bei inneren Krankheiten durchaus werth erscheint, hat C. in 3 Gruppen von Krankheiten in Anwendung gezogen und außerordentlich günstige Erfolge erzielt.

Zunächst verabreichte er das Mittel bei skrofulösen Erkrankungen und zwar sowohl im Beginn solcher, wie auch bei völlig entwickelten Erscheinungen. Der Erfolg war hier besonders bei der torpiden Form ein ausgezeichneter, während sich das Jodol bei skrofulöser Erkrankung der Schleimhäute weniger wirksam, bei skrofulösen Dermatitiden fast ganz unwirksam erwies. Die täglich innerlich verabreichte Gabe betrug 0,5—1,5 g; bei chronischen Lymphdrüsenschwellungen wurden gleichzeitig Einreibungen mit Jodolsalbe (1,0 : 15,0), bei Katarrhen Jodoleinblasungen, bei Hauterscheinungen Jodolpulver verordnet.

Die 2. Gruppe umfasst die Krankheiten der Athmungsorgane, auf welche in letzter Zeit das Jodoform sehr günstig eingewirkt hatte,

also namentlich akute und chronische katarrhalische Laryngitiden, trockene Bronchitis, chronische Bronchialkatarrhe, schließlich auch die primäre Kehlkopftuberkulose, wenn gleich der Erfolg bei letzterer Affektion den bei den erstgenannten erzielten nachstand. Die innerliche Gabe bestand hier in 1—3 g pro die, während gleichzeitig Inhalationen mit wässrig-alkoholischer Glycerinlösung, die das Jodol in feinster Vertheilung enthielt, in Anwendung gezogen wurden.

Schließlich erzielte C. durch gleichzeitige innerliche und lokale Verwendung des Jodols bei Fällen von tertiärer Syphilis mit ausgedehnter Geschwürsbildung ganz vorzügliche Erfolge.

Niemals hat C. irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen, Störungen im Verdauungssystem und selbst bei lange fortgesetzter Behandlung keinen Fall von Jodvergiftung beobachtet, obgleich das Jod beim Jodolgebrauch viel langsamer aus dem Körper entfernt wird, als dies bei anderen Jodpräparaten der Fall ist.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **G. Banti** (Florenz). Pneumococco o diplococco capsulato?

(Sperimentale 1889. Februar.)

B. berichtet über drei bakteriologisch untersuchte Fälle, a) eine Meningitis cerebrospinalis, b) eine auf die Konvexität beschränkte Cerebralmeningitis und c) einen Fall von Pleuritis und Peritonitis bei einer Magenkrebskranken. In allen drei Fällen züchtete er Kapselkokken, welche sich mikroskopisch und in Kulturen dem Fraenkel'schen Pneumococcus ganz gleich verhielten. Auch bei Thierversuchen verhielten sich die Mikroorganismen des ersten Falles den Fraenkel'schen ganz gleich, während die des zweiten und dritten Falles von vorn herein etwas geringere Virulenz zeigten, auch dieselbe noch leichter als gewöhnlich und selbst bei Übertragung von Kaninchen zu Kaninchen einbüßten; auch fehlt bei den inficirten Thieren der charakteristische Milztumor. Trotzdem neigt Verf. mit Recht dazu, diese Unterschiede nur als Unterschiede der Virulenz und nicht der Gattung aufzufassen.

In dem ersten der Fälle konnten die Pneumokokken auch aus dem Herzblut und der Niere — es bestand akute Nephritis — gezüchtet werden. Der dritte Fall ist dem von Weichselbaum im Centralblatt für Bakteriologie 1889 No. 1 mitgetheilten ganz analog.

A. Freudenberg (Berlin).

11. **Oliven** (Breslau). Über die Behandlung von Phthisikern mit Rectalinjektionen von flüssiger Kohlensäure.

(Therapeutische Monatshefte 1889. März.)

O. überzeugte sich auf der Rosenbach'schen Abtheilung, dass die Kohlensäurerectalinjektionen in Mengen von 2—4 Liter von den Phthisikern gut vertragen werden und bei Anwendung von Ballons mit flüssiger Kohlensäure für Arzt und Pat. leicht ausführbar sind. Er glaubt, günstige Wirkung derselben auf das Fieber — bei mäßig erhöhter Temperatur bessere als bei sehr hoher — beobachtet zu haben, eben so auf das Allgemeinbefinden und den Appetit, so wie die Nachtschweiße. Ein endgültiges Urtheil über den therapeutischen Werth erwartet er von der kosequenten Anwendung in der besseren Privatpraxis.

A. Freudenberg (Berlin).

12. **J. P. Bramwell.** An abstract of 24 cases of serous pleural effusion treated by pneumatic aspiration, with remarks.

(Edinb. med. journ. 1889. April.)

Der Titel ist nicht ganz korrekt — unter den 24 mitgetheilten Fällen sind auch einige Empyeme, die mit Radikaloperation (Rippenresektion) behandelt wurden. In den übrigen wurde Punktion mit Aspiration vorgenommen, meist mit sehr gutem Erfolge, wenigstens für den Augenblick; mehrere gingen nach längerer oder kürzerer Zeit an Tuberkulose zu Grunde. Übrigens bildet Tuberkulose keine Kontraindikation gegen die Entleerung pleuritischer Exsudate. Befremdend ist die Ansicht des Verf., dass Tuberkulose durchaus nicht in dem nahen Verhältnis zu Pleuraexsudaten stehe, als die Mehrzahl der Autoren annimmt; er ist mehr geneigt, das Zusammenvorkommen beider für ein zufälliges zu halten. So z. B. will er einen Fall, in welchem 2 Jahre nach Punktion des pleuritischen Exsudates der Tod an Tuberkulose erfolgte, nicht als tuberkulöse Pleuritis ansehen! Er legt den Hauptnachdruck auf »Erkältungseinflüsse«; ja, in manchen Fällen, wo sich bei schon notorischer Lungentuberkulose noch ein Pleuraexsudat entwickelt, soll die »Erkältung« erst das letztere veranlasst haben.

Im Übrigen ist Verf. unbedingter Anhänger der frühzeitigen Entleerung — selbst wenn in der allerersten Zeit das Exsudat noch unter Fiebererscheinungen steigt, soll man operiren. Man schadet dadurch dem Kranken nie und oft sieht man nach dem Ablassen des Exsudates promptes Schwinden des Fiebers. Er legt besonderen Werth darauf, dass die Lunge nicht komprimirt werde und sich wieder ordentlich ausdehnen könne. Es giebt natürlich Fälle, wo ein Exsudat nach der Entleerung sich (rasch) wieder ansammelt — es pflegt aber nie die ursprüngliche Höhe zu erreichen und man thut gut, möglichst schnell wieder zu operiren. Je längere Zeit man verstreichen lässt, ehe man die Punktion vornimmt, um so geringer ist die Aussicht auf Entfaltung der Lunge und Ausdehnung des Thorax.

Küssner (Halle).

13. **Krakauer** (Wien). Über die Anwendung des Chlorammonium als Inhalationsmittel in Krankheiten des Respirationstractus.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 13. p. 198.)

Es unterliegt keinem Zweifel, dass Chlorammonium für viele Formen der katarrhalischen Entzündungen vortheilhaft zu verwenden ist; dem Bestreben, Chlorammoniumdämpfe direkt auf die entzündeten Stellen der tiefer abwärts gelegenen Schleimhautabschnitte des Respirationstractus zu bringen, mangelte das Wichtigste, ein einfacher, leicht konstruirbarer und prompt wirkender Apparat. K. weist auf den von Burrough verbesserten Chlorammonium-Inhalationsapparat hin, welcher allen Anforderungen genügt. Kendal Frank in Dublin, auf dessen Veröffentlichung im Lancet (22. Januar 1887) sich K. wesentlich stützt, hat gute Erfolge erzielt bei chronischen Katarrhen der Nase, des Pharynx und Larynx, nicht weniger bei Erkrankungen der Trachea und der Bronchien; auch für chronische Krankheitszustände des Mittelohres oder der Tuba Eustachii scheint ihm das Chlorammonium von besonderem Nutzen.

Prior (Bonn).

14. **L. Krehl.** Ein Fall von Stenose der Lungenarterie mit Defekt der Ventrikelscheidewand und eigenthümlichen Blutveränderungen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 4.)

Bei einem 23jährigen Manne, der schon von Jugend auf viel an Husten und Kurzathmigkeit gelitten hatte, ergab die Untersuchung im Wesentlichen folgenden Befund:

Hochgradige Cyanose. Systolisches Geräusch über der Lungenarterie; keine Erweiterung des rechten Herzens. Starke abnorme Blutkoncentration.

Die Sektion bestätigte die auf Stenose der Lungenarterie und einen Defekt der Herzscheidewand gestellte Diagnose. Unter dem Scheidewandsegel der Tricuspidalis lag an Stelle der Pars membranacea eine Öffnung, durch die man aus

der rechten Kammer in die Aorta und den linken Ventrikel kam. Die Klappen der Lungenarterie waren hart und zu einem mit endocarditischen Auflagerungen bedeckten Ring verwachsen. Die Aorta stand an normaler Stelle.

Der Fall passt in so fern nicht unter das von Rokitansky aufgestellte Schema der angeborenen Herzfehler, als der Defekt die Pars membranacea selbst betrifft (nicht vor ihr sich befindet) und eine abnorme Stellung der großen Gefäße fehlt.

Leubuscher (Jena).

15. **Mislowitzer.** Über die Perforationen des Magencarcinoms nach außen.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

M. fügt zu den 16 bis jetzt beobachteten Fällen von Perforation des Magenkrebses nach außen die Beschreibung einer auf der Klinik von Gerhardt behandelten Pat., welche an der genannten Affektion zu Grunde ging. Die 37jährige Frau war bis zum Mai 1887 gesund gewesen. Von da ab nach der Nahrungsaufnahme Schmerzen in der linken Seite des Leibes, welche nach kurzer Zeit immer mehr zunahmen. Im Oktober in der Mittellinie des Leibes, einen Finger breit unterhalb des Rippenbogens, druckempfindliche Anschwellung. Im November zuerst Erbrechen, dann Appetitlosigkeit. Im Januar 1888 wurden die Schmerzen plötzlich spontan sehr stark, doch hörte von da an das Erbrechen auf. Ende Januar Aufnahme in die Charité. Es besteht ausgesprochene Krebskachexie. In den Lungen hinten rechts oben und vorn rechts oben Rasselgeräusche. An der Mitralis und Pulmonalis systolisches Geräusch. Oberhalb des Nabels ein Tumor mit Delle. Keine Ödeme. Puls ca. 100, Temp. 37,9°; Urin, spec. Gewicht 1010, ohne Eiweiß, enthält Pepton und Indigo. Gewicht der Kranken 42 Kilo. Auf Klysma erfolgt Fettstuhl; das Blut zeigt Leukocytose. 10 Tage nach der Aufnahme erfolgt Perforation des Tumors mit Entleerung von bröckligem, rahmigem, übelriechendem Eiter (elastische Fasern, keine Nahrungs- oder Carcinombestandtheile). Das bereits vorher vorhandene Ödem der Knöchel wurde stärker, Stühle diarrhoisch; die Fistelöffnung des Tumors secernirt mäßige Mengen Eiters. Zuletzt wurde der Stuhlgang wechselnd, aus der Fistelöffnung wuchsen blassrothe Granulationen hervor; Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den rothen 1 : 168. Der Tumor zerfiel gangränescirend, bei jedem Athemzuge entwich Luft aus der Öffnung der Geschwulst. Im völligen Collaps erfolgte am 26. April der Tod der Pat. Der Obduktionsbefund entsprach den intra vitam festgestellten Ergebnissen. An Stelle der Hautwunde zeigte sich Quercolon, Pylorus, Leber, Netz und Duodenum verwachsen; am Pylorus ein faustgroßer harter Tumor mit zerfallener Oberfläche. Retroperitonealdrüsen krebsig entartet. In der rechten Niere zahlreiche Herderkrankungen, gelblich, hirsekorngroß. In beiden Venae femorales ältere Thromben, die im Leben als harte Stränge fühlbar gewesen waren.

G. Meyer (Berlin).

16. **Czyrniański.** Pneumatischer Magenaspirator für therapeutische und diagnostische Zwecke.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai.)

Nur äußerst selten dürfte es misslingen, unverdauten Mageninhalt zum Zwecke der Untersuchung mittels einfacher Ausheberung durch die Schlundsonde zu erhalten, besonders falls man sich mit geringen Mengen begnügt. Für diese seltenen Fälle hat C. einen Magenaspirator konstruirt, den er schon Juli 1887 in den therapeutischen Monatsheften beschrieben hat. Er beschreibt ihn jetzt nochmals mit einer neuen Modifikation. Der Apparat ähnelt dem Principe nach dem von Jaworski beschriebenen, indem er die starke, nicht ungefährliche Aspiration seitens der Magenpumpe durch einen milderen Vorgang ersetzen soll; gleichzeitig ist er im Stande, was der Jaworski'sche Apparat nicht leisten kann, eine Magenausspülung zu verrichten. Ein Gummiballon, der an dem einen Pol ein Saug-, an dem anderen ein Druckventil trägt und auf eine größere Flasche mit beiden Enden aufgesetzt werden kann, so wie ein von dieser Flasche aus mit 3 Schläuchen kom-

municirender Dreiweghahn sind die wesentlichsten Einrichtungen des Apparates, dessen genaue Beschreibung und Abbildung im Original einzusehen ist.

Rosin (Breslau).

17. Dufourt. A propos d'un cas d'obstruction intestinale par calcul biliaire.

(Lyon méd. 1889. No. 1.)

Eine 66jährige Frau, die bereits öfter an Gallensteinkolik gelitten, erkrankte aufs Neue unter darauf bezüglichen Erscheinungen. Der rechte Leberlappen war bei der Kranken stark vergrößert und auf Druck schmerzhaft. Unter heftigen tagelang andauernden Schmerzen stellt sich völlige Verstopfung ein; dazu fäkulentes Erbrechen. Eingießungen und Faradisation des Darmes sind zuerst ohne, dann mit Erfolg. Nach einigen blutigen Stühlen erfolgt eine Eruption von etwa 1 Liter seröser Flüssigkeit, mit dieser wird ein 5 cm langer und $2^1/_2$ cm breiter schwärzlicher Gallenstein ausgestoßen.

Leubuscher (Jena).

18. Wettendorfer (Baden). Die elastische Kompression in der Behandlung von Magen-Darmkrankheiten.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 20.)

W. hat das täglich mehrstündige Tragen einer Martini'schen Binde um das Abdomen bei Erweiterung und Katarrh des Magens von vortheilhafter Wirkung auf den Druck im Magen, die Ructus, Aufgetriebenheit, Obstipation gefunden und erklärt sich den Effekt aus der näheren Berührung der Ingesta mit der Magenwandung und der vermehrten Magensekretion nnd Peristaltik.

K. Bettelheim (Wien).

19. Altdorfer (St. Anne's Hill). Die hydropathische Leibbinde als Hypnoticum.

(Therapeutische Monatshefte 1889. März.)

A. giebt an, in der hydropathischen Leibeinwicklung ein ausgezeichnetes Schlafmittel gefunden zu haben, deren Wirkung vielleicht durch eine reflektorisch erzeugte Anämie des Gehirns zu erklären sei. Besonders wirksam erwies sich ihm das Mittel in leicht fieberhaften Zuständen, bei allen Dyspepsien, besonders bei nervöser Dyspepsie, bei neurasthenischen und hysterischen Zuständen und in der Kinderpraxis.

A. Freudenberg (Berlin).

20. L. Hirschfelder. Beiträge zur Wirkung des Phenacetins. (Aus der Klinik des Herrn Geh. Rath v. Ziemssen.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 4.)

Bei einer großen Zahl verschiedener Krankheitsformen fand das Phenacetin, in Dosen von 0,3—1,0, 3—4mal täglich verabfolgt, Anwendung. Bedrohliche Nebenerscheinungen fehlten stets, selten traten gastrische Störungen auf: einmal ein in rothen zusammenfließendan Flecken bestehendes, Brennen und Beißen verursachendes Exanthem. Betreffs der Wirkung des Mittels ist zu bemerken:

Als Antipyreticum: 30—50 Minuten nach der Aufnahme erfolgt Schweißausbruch; die antipyretische Wirkung tritt nach 1—2 Stunden ein, erreicht ihren Höhepunkt in der 4. Stunde und lässt dann allmählich nach. Zuweilen wurde Pulsarhythmie unter der Wirkung des Medikamentes beobachtet. Bei chronischen fieberhaften Krankheiten ist der Effekt unsicherer als bei akuten. Auf den rheumatischen Process hat Phenacetin nicht so günstige Wirkung, wie z. B. Salicylsäure.

Bei nervösen Leiden, Neuralgien, Migräne etc. hat es sich gut bewährt und kann hier längere Zeit ohne üble Nebenwirkungen gegeben werden. Auch bei Tabes beseitigt es nicht nur die lancinirenden Schmerzen, sondern auch die Parästhesien.

Leubuscher (Jena).

21. Renvers (Berlin). Die künstliche Ernährung bei der Behandlung der Diphtherie.

(Therapeutische Monatshefte 1889. April. p. 145.)

Die an der ersten medicinischen Klinik zu Berlin bei Behandlung der Diphtherie maßgebenden Gesichtspunkte fasst R. ungefähr folgendermaßen zusammen:

1) Lokale Anwendung antiseptischer Lösungen zur Reinigung von Mund und Rachenhöhle, aber nur alle 2—3 Stunden, Eispillen, Eiskravatte. Eventuell Inhalationen.

2) Specifica werden nicht versucht, Antipyretica auch bei hohen Temperaturen nicht verabreicht.

3) Sorge für möglichste Ruhe — auch psychische — des Pat., daher Vermeidung häufiger Inspektion der Rachenorgane, häufigen Gurgelns etc. Zur Beseitigung der Unruhe eventuell

4) Morphium, subkutan in Dosen von 0,003—0,01 (beim Erwachsenen!), von dem niemals Nachtheil gesehen wurde.

5) Großes Gewicht wird von vorn herein auf die Ernährung der Kranken gelegt, auch starker Wein reichlich verabreicht. Ist die spontane Nahrungsaufnahme, sei es in Folge von Schmerzen beim Schlucken, Lähmung der Schlingorgane oder in Folge großer Abneigung ungenügend, so wird unverweilt die künstliche Ernährung eingeleitet, am zweckmäßigsten mittels des sog. Gavageapparates.

4 Fälle — 1 Lähmung nach abgelaufener Diphtherie (12jähriger Knabe), 3 akute Diphtherien — illustriren die Durchführbarkeit und Zweckmäßigkeit der künstlichen Ernährung bei dieser Krankheit. Freilich betreffen die akuten Fälle erwachsene Individuen. **A. Freudenberg** (Berlin).

22. Burghard. Über eine einfache Methode der Diphtheritisbehandlung.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 15. p. 233.)

Lokale Insufflationen von Flores sulfuris und Chinin. sulf. zu gleichen Theilen, in wenigen Decigrammen zweimal täglich mit einfachem Pulverbläser vorgenommen, sollen vorzügliche Resultate ergeben; die Pat. dürfen 2 Stunden nach der Einblasung nichts genießen, um den auf der Schleimhaut anhaftenden Pulverstaub nicht zu entfernen. Daneben besteht die gewöhnliche tonisirende und excitirende Allgemeinbehandlung zu Recht. **Prior** (Bonn).

23. G. E. J. Greene. Note on an epidemic of erysipelas at Ferns, Co. Wexford, in 1887.

(Dublin journ. med. sc. 1889. April.)

Von Ende August bis December 1887 erkrankten in Ferns und Umgebung bis 3 Meilen Entfernung 45 Personen an Erysipelas, welches »idiopathisch« entstanden war, aber sich in hohem Maße als kontagiös erwies. Das Erysipelas befiel entweder Gesicht, Kopf und eine Seite des Halses, oder aber Brust und Rücken einer Seite und den Arm derselben Seite bis zum Ellbogen hin; letzteres war seltener, aber viel gefährlicher, und zwar durch fast stets hinzutretende doppelseitige Pneumonie, eventuell auch Pleuritis. In dieser Weise erkrankten 9 Personen, wovon 7 starben, nach Ablauf von 7—14 Tagen. Die übrigen 36, bei denen der Kopf ergriffen war, genasen alle, obwohl meningitische und pneumonische Symptome häufig waren. Es muss hervorgehoben werden, dass unter diesen letzteren Kranken sich zwei sehr schwache, mehr als 80 Jahre alte Leute, 3 Kinder unter 5 Jahren, zwei sehr zarte unterleibsleidende Frauen befanden, während die 7 Todten, mit einer Ausnahme, alle kräftig und sonst gesund, im Alter von 24—45 Jahren waren.

Die Incubation betrug, so weit dies festgestellt werden konnte, stets genau 2 Tage. Charakteristisch war bei den 9 Fällen der zweiten Kategorie heftiger Schmerz längs der Armnerven, der bisweilen plötzlich auftrat; am 3. Tage erschien die Schwellung, womit der Schmerz in der Regel etwas nachließ, und kleine, hirse-

korngroße Knötchen um die Haarfollikel herum, an der Grenze der gesunden Haut. Nur in 2 Fällen reichte der erysipelatöse Process etwas über die Mittellinie hinaus. In jedem Falle wurde am 4. oder 5. Tage pneumonische Infiltration entdeckt, welche Verf. als Lokalisation des specifischen Processes ansieht. Albuminurie war nie vorhanden.

Schwere Fälle erzeugten durch Ansteckung leichte, und umgekehrt. Eine traumatische Veranlassung war nie aufzufinden. Leute, welche leberkrank waren, bekamen eher Erysipelas als andere, nicht mit Leberleiden behaftete Personen.

Küssner (Halle).

24. v. Brunn. Zur Ichthyolbehandlung des Erysipelas.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai.)

B. empfiehlt auf Grund einer Beobachtung (?) das Ichthyol (Kollodium) als wirksames Mittel gegen das Erysipel. Der betr. Fall, der schon oft davon befallen worden war, wobei stets die Erkrankung über einen großen Theil des Körpers wanderte, wurde durch eine einmalige Aufpinselung von Ichthyol-Kollodium nach vergeblichem Gebrauch von Salicyl-Vaseline dauernd hergestellt, wobei sich der Process auf das Gesicht beschränkte. Diese günstige Wirkung des Ichthyol-Kollodium schreibt B. dem Umstande zu, dass das Ichthyol wegen seiner reducirenden Eigenschaft, das Kollodium wegen des festen Abschlusses der Haut und der Kompression und der Verengerung der Hautgefäße dem nach Pasteur aëroben Streptococcus erysipelas den Sauerstoff entzieht.

Rosin (Breslau).

25. E. Remak. Zur Pathologie des Melkerkrampfes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 13.)

Bei einer 30jährigen Pat., welche seit 10 Jahren nicht mehr gemolken hat, stellen sich, nachdem sie dieses Geschäft wieder aufgenommen, schon in den ersten Tagen Beschwerden ein, »die Finger sterben beim Melken ab und ziehen sich krampfhaft zusammen«. Nach dem Melken lassen die Beschwerden nach. Gegen den 10. Tag der Beschäftigung treten auch des Nachts schmerzhafte Krämpfe, schließlich auch Behinderung bei den verschiedensten Vornahmen (Stricken, Kleiderzuknöpfen etc.) auf. Trotzdem hat Pat. mit äußerster Energie das Melkgeschäft 3 Wochen lang durchgeführt. Die objektive Untersuchung etwa am 25. Krankheitstage ergab: Lähmungserscheinungen und Störungen der Sensibilität beiderseits im Medianusgebiete der Hand. Schwere Entartungsreaktion im Handbereich des rechten Medianus, partielle Entartungsreaktion im linken Medianus. Dieser Befund legt den Gedanken an eine degenerative Neuritis nahe; es würde sich also nicht um eine Beschäftigungsneurose, sondern um eine professionelle lokalisirte degenerative Neuritis handeln. Für letztere Erkrankung ist aber, wie schon R.'s Vater dargethan, die galvanische Behandlung von günstigem Erfolg.

A. Cramer (Freiburg i/Br.).

26. O. Klinke. Hyoscin bei Geisteskranken.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 7.)

Verf. gelangt nach seinen an der Provinzial-Irrenheilanstalt zu Breslau gemachten Versuchen mit Merck'schem Hyoscin zu folgenden Resultaten:

1) Das Hyoscin. hydrojod. ist wegen seiner Billigkeit, Geschmacklosigkeit und bequemen Anwendungsweise den theueren, schlecht schmeckenden anderen jetzt gebräuchlichen Schlafmitteln, die schon von ruhigeren Kranken ungern genommen werden, bei verwirrten und erregten Kranken oft vorzuziehen.

2) Es ist stets sowohl bei subkutaner wie interner Verabreichung mit den kleinsten Gaben zu beginnen, da die Toleranz gegen das Mittel individuell sehr verschieden ist. Per os applicirte Gaben, die im Allgemeinen [etwa doppelt so groß sein mögen, wie subkutan applicirte, entfalten ihre Wirkung im Allgemeinen später, verursachen aber nicht in so heftiger Weise unangenehme und erschreckende Nebenerscheinungen. Interne Gaben wirken anscheinend in weit mehr Procent der Fälle schlaferzeugend und sind in so fern den Injektionen vorzuziehen, während

letztere wegen ihrer schnelleren Wirkung bei heftigen Erregungszuständen oft vortheilhaft sein können. Die Dosis von 3 mg bei der einen oder anderen Anwendungsweise zu überschreiten wurde nie für nöthig gefunden.

3) Das Hyoscin wirkt lähmend auf die motorischen und sekretorischen Centren, verlangsamt Puls, Respiration, erzeugt Trockenheit im Munde und Schlunde, Accommodationslähmung, gelegentlich Appetitlosigkeit und Erbrechen.

4) Es ist oft mit Vortheil in Anwendung zu ziehen bei allen mit großer motorischer Unruhe, Geschwätzigkeit, blindem Lärmen und Umherwirthschaften einhergehenden Psychosen, namentlich bei maniakalischen Zuständen, aufgeregten Paralytikern. Bei melancholischen Zuständen ist Hyoscin von geringer oder gar keiner Wirkung und Morphium stets vorzuziehen.

5) Durch das Mittel werden ohne Zweifel Sinnestäuschungen theils schreckhafter, theils heiterer Art hervorgerufen resp. vorhandene gesteigert und vermehrt. Man wird daher die Anwendung des Mittels bei frischen Psychosen einzuschränken haben, während es sehr wohl bei heruntergekommenen Kranken selbst in größeren Dosen angewendet werden kann, das Fehlen jeglicher Komplikation von Seiten des Herzens vorausgesetzt. **Eulenburg** (Berlin).

27. J. B. Wilkinson. A case of tobacco poisoning.

(Med. chronicle 1889. März.)

Eine 48jährige Dame hatte zur Abtreibung von Würmern ein Tabakklystier (Infus von einer halben Unze Tabak) genommen. Schon nach 2 Minuten bekam sie Erbrechen und Durchfall und im Verlauf weniger weiterer Minuten trat große Blässe und Kälte der Haut und fast vollständige Bewegungsunfähigkeit ein; nach einer halben Stunde hörten die Würgbewegungen auf, während Pupillenerweiterung und Aufhebung des Sehvermögens erst nach 4 Stunden sich wieder besserten. Die bedrohlichsten Erscheinungen waren besonders Herzschwäche, daneben waren auch die Athembewegungen schwach, wenn auch frequent. Zuerst wurde Äther subkutan injicirt und als das Erbrechen sich gelegt hatte, Branntwein und Ammoniak per os verabreicht. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

28. M. Cohn (Berlin). Ein Fall von Kaffeevergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. März.)

Nach Genuss zweier Tassen Kaffee, die von je einer Hand voll Kaffee (zusammen ca. 5 Loth) aufgegossen waren, erkrankte ein Mann 2 Stunden später unter Erscheinungen von Schwindel, Kopfschmerz, Zittern, welches sich von den Füßen über den ganzen Körper verbreitete, Röthe im Gesicht, Herzklopfen, Angstgefühl, Brechreiz. Puls 100, Pulswelle hoch, stark gespannt, häufiger Urindrang. Allmähliches Abklären der Symptome in den nächsten Tagen.

A. Freudenberg (Berlin).

29. W. Weinberg (Stuttgart). Zwei Fälle von Kaffeevergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai. p. 281.)

Die beiden Fälle sind in so fern interessant, als es sich um an starken Kaffeegenuss nicht gewöhnte Personen handelt, die nach relativ mäßigen Mengen erkrankten:

a) 25jähriger Mediciner erkrankt nach 4 Tassen starken, schwarzen Kaffees, die er des Nachmittags genommen. Unmittelbar nachher nur etwas Aufregung und beschleunigter Puls. Über Nacht beängstigendes »laut hörbares« Herzklopfen, beschleunigte arhythmische Herzaktion (ca. 120 in der Minute), Gefühl von Schwäche und Beklemmung auf der Brust, Todesangst, Schwindelgefühl, Zittern der Finger. Schweiß, vermehrter Urindrang, Erbrechen wurde nicht beobachtet.

b) 40jähriger Mann erkrankt unter ähnlichen Symptomen, 2 Stunden, nachdem er im Katzenjammer drei große Tassen starken schwarzen Kaffees genommen. Ausgesprochener Tremor des ganzen Körpers, besonders der Arme und Finger.

A. Freudenberg (Berlin).

30. H. Berger (Berlin). Über einen Fall von Antipyrinintoxikation.

(Therapeutische Monatshefte 1889. April. p. 185.)

Eine 22jährige, sonst gesunde Pat. bekam bald nach der Einnahme von 1,0 Antipyrin, das sie wegen Kopfschmerzen nahm, Brennen in der Speiseröhre, Röthung und Gefühl von Spannung im Gesicht, Herzklopfen mit erhöhter Puls- und Athemfrequenz, starke Speichel-, Thränen- und Schweißsekretion, lähmungsartiges Schwächegefühl. Trotz Magenausspülung und Analeptica bestanden die Symptome in voller Intensität eine ganze Stunde, um dann allmählich abzunehmen und bis zum dritten Tage ganz zu verschwinden.

A. Freudenberg (Berlin).

31. E. Schwimmer. Über einige neue dermatotherapeutische Mittel.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 3—5, 8 u. 9.)

Das Salol (2,0 : 1,0 Amylum) bewährte sich nach des Verf. Erfahrungen bei den venerischen Helkosen und den mit Eiterung einhergehenden Indurationen ganz gut, war aber nicht im Stande, den Verlauf dieser Erkrankungen abzukürzen; es wirkte in Bezug auf die Überhäutung rascher als das Jodoform. Es vermochte zwar auch den Phagedänismus der Ulcerationen zu verhüten, eben so wie das Jodoform, aber die Behandlungsdauer war eine längere als bei diesem. Bei einzelnen Affektionen des Blasenhalses und der Blasenschleimhaut konnte es (3,0—6,0 pro die) ebenfalls mit Nutzen verwendet werden.

Die Wirkung der Oxynaphtoësäure dagegen erwies sich bei venerischen Affektionen als eine ungenügende, bei Scabies (Acid. naphtoëici, Cretae alb., Sap. virid. āā 10,0, Axung. porci 80,0—100,0) und Prurigo war der Erfolg ein recht befriedigender.

Das Hydrargyrum salicylicum hält S. unter allen Hg-Präparaten, welche zur innerlichen Anwendung gelangen, für das intensivste und für stärker als das sonst so verlässliche Hydr. tannic. oxydul. Er verordnet es entweder in Pulver (Hydr. salic. 0,5, Laudani pur. 0,1, Sach. alb. 3,0, Div. in dos X, täglich 2 Stück) oder Pillenform (Hydr. salicyl. 1,0, Laudani pur. 0,2, Extr. Gent. q. s. Pill. XX, täglich 2—3).

Auch mit dem Anthrarobin stellte er Versuche an und konnte hier die Beobachtungen Köbner's bestätigen, dass dasselbe bei der Psoriasis vollkommen unwirksam ist. Wenn es zwar bei einzelnen pflanzenparasitären Hauterkrankungen, dem Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Eczema marginatum gute Dienste leistet, so kennen wir hierfür doch eine Reihe anderer und in mancher Hinsicht vorzuziehender Medikamente. Joseph (Berlin).

32. R. Cholewa. Über progressive Schwerhörigkeit (Sklerose) und ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XIX.)

Die Arbeit ist wohl geeignet das Interesse auch weiterer ärztlicher Kreise in Anspruch zu nehmen. Die Sklerose, welche im Allgemeinen mehr oder weniger bisher als Endstadium einer chronischen katarrhalischen Mittelohrentzündung aufgefasst wurde, erscheint, wie der Verf. nachzuweisen versucht, oft unter dem Bilde einer reinen trophischen Neurose. Die »äquivalente Anästhesie« des Trommelfelles (d. h. die Intensität der Schwerhörigkeit entspricht dem Grade der stets vorhandenen Anästhesie). Das Verschwinden von weitgediehener Labyrinthaffektion nach der Tenotomie ist geeignet, unser höchstes Interesse zu erregen und scheint es recht wohl möglich, dass mit dieser Behandlung eine neue Ära der sonst so traurigen Behandlung der progressiven Schwerhörigkeit beginnen dürfte.

Roenick (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. Sonnabend, den 12. Oktober. 1889.

1. **B. Thomas.** Über die Neubildung von glattem Muskelgewebe (Hypertrophie und Hyperplasie, Regeneration, Neoplasie). (Aus dem pathologischen Institut von Bizzozero in Turin.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. p. 99.)

Verf., der seine Resultate in vorläufigen Mittheilungen z. Th. schon bekannt gegeben hat (Giorn. della R. accad. med. di Torino 1886 und Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1887 No. 7), theilt ausführlich seine interessanten Versuche an Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden, so wie seine Beobachtungen am Menschen mit und kommt zu folgenden Schlüssen:

»1) Bei kompensatorischer Hypertrophie des glatten Muskelgewebes haben wir außer der Hypertrophie auch Hyperplasie der Muskelfasern.

2) Die neugebildeten Muskelfasern entstehen aus den präexistirenden.

3) Der Vermehrungsprocess erfolgt durch Karyokinese.

4) Durch Verwundung des glatten Muskelgewebes bewirkt man eine Neubildung der Muskelelemente, die beim Hunde 2 Tage nach der Verwundung beginnt, ihren höchsten Grad am 5. Tage erreicht und bis zum 19. Tage dauert. Die Heilung der Wunde erfolgt durch bindegewebige Vernarbung.

5) In den Fibromyomen konstatirt man numerische Vermehrung der Muskelelemente. **Hansemann** (Berlin).

2. C. Lüderitz (Berlin). Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Darmbewegungen bei herabgesetzter Körpertemperatur.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 1.)

Zur Untersuchung dienten Kaninchen nach der Methode von Braam-Houckgeest (Eröffnung der Bauchhöhle in 0,6 %iger NaCl-Lösung). Die Eigenwärme der Thiere war durch kaltes Wasser herabgesetzt. Die von dem Autor am Schlusse seiner Arbeit zusammengestellten Ergebnisse lauten: Durch eine rasch erfolgende Herabsetzung der Körpertemperatur werden, wie die aus anderen inneren Reizen entstehenden Bewegungen, so auch die Darmbewegungen allmählich abgeschwächt und verlangsamt. Noch bei 28—26° jedoch können sie nach Ausbreitung und Schnelligkeit den Anblick normalen Verhaltens darbieten und selbst bei Abkühlungen bis auf 7,6° sind sie bei bereits fehlender Athmung und unmerklicher Herzaktion noch in einzelnen Darmabschnitten wahrzunehmen. Zu Stande kommt diese Lähmung wesentlich durch die Beeinflussung der in den Darmwandungen befindlichen Substrate der Bewegungen, der nervösen und der muskulären Apparate daselbst, welche ihren Wärmevorrath theils durch direkte Leitung, theils durch den Blutstrom verlieren und gleichzeitig an Erregbarkeit einbüßen.

In den motorischen Nervenapparaten des Darmes erhält sich die Erregbarkeit ungefähr so lange, als noch spontane Darmbewegungen zu bemerken sind, mit zunehmender Lähmung wird dabei die nervöse Leitung beträchtlich verlangsamt. An der glatten Muskulatur lässt sich die Erregbarkeit viel länger, bis 0° herab, nachweisen und durch starke mechanische Reize eine sehr träg verlaufende Zuckung hervorrufen. **Leubuscher** (Jena).

3. S. Placzek. Experimentelle Prüfung des Preyer'schen Abkühlungsverfahrens und seine Anwendung bei Fiebernden.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 1.)

Preyer hat im Jahre 1884 als Methode der Temperaturherabsetzung angegeben, Wasser mit einer sehr großen Oberfläche durch Zerstäubung im Spray anzuwenden und hatte damit an Thieren sehr günstige Resultate erzielt. Bei Temperaturen des Wassers von 3 bis 7° C. konnte er durch 5—10 Minuten langes Besprayen die Rectumtemperatur normaler Meerschweinchen um mehr als 1° herabsetzen.

Dasselbe Verfahren war von Dr. Flashaar in Freiburg i/Schl. schon früher praktisch und angeblich mit gutem Erfolge angewendet worden; auch Hiller hat ein auf ähnlichen Principien beruhendes Verfahren bei hitzschlagkranken Soldaten empfohlen.

P. hat nun diese Methode einer eingehenden experimentellen und auch praktischen Prüfung unterzogen. Er konnte für mehrstündige Dauer bei normalen Meerschweinchen und Kaninchen die Temperatur um mehrere Grade herunterdrücken, wenn er sich einer Wassertemperatur von 7—16° C. und einer Wassermenge von 250 bis 500 g bediente.

Auch bei Menschen mit Normaltemperatur konnte er eine Temperaturverringerung um 1° durch Besprayen erzielen. Dasselbe Ergebnis fand sich, wenn bei Thieren durch Bakterieninjektion die Temperatur künstlich erhöht war.

Bei einem tuberkulösen Manne genügte Besprayen von 500,0 H_2O von 15—19° C. um die gesteigerte Temperatur zur Norm zurückzuführen und sie stundenlang dort verharren zu lassen.

Ein gleich günstiger Einfluss auf das Fieber wurde bei einem diphtheriekranken Mädchen erzielt. Leubuscher (Jena).

---

4. Lépine. Sur une auto-intoxication d'origine rénale avec une élevation de la température et dyspnoe.

(Tribune méd. 1889. No. 12.)

(Cf. auch Compt. rend. hebd. des séances de l'acad. des sciences. T. CVIII. No. 19. p. 991.)

Der Temperaturabfall in der Urämie soll nach allgemeiner Annahme central bedingt sein, außer bei Konvulsionen, wo die Hyperthermie als direkte Folge dieser angesehen werden könne. Die Behauptung, dass die Temperaturerhöhung in solchen Fällen manchen inflammatorischen Komplikationen ihre Entstehung verdankt, ist auch nicht stichhaltig, da L. bei Autopsien nie solche nachweisen konnte. Es gelang L. auf experimentellem Wege solche Hyperthermien hervorzubringen und zwar auf folgende Weise: Einem kräftigen Hunde wurde in je einen Ureter eine Kanüle eingeführt und mit einer sterilisirten Kochsalzlösung ein Gegendruck auf die inneren Harnwege derart ausgeübt, dass nicht nur dem Abfluss des Harnes entgegengewirkt, sondern sogar eine geringe Menge von der Salzlösung von den Nieren aufgenommen wurde. Nach 4 Stunden hob sich die Temperatur bis auf 42°; Respiration beschleunigt, Dyspnoe und Tod bei ungehindertem Abflusse des Urins. Diese Erscheinungen konnten nicht einfach als Folgen der Aufnahme von Salzlösung in den Cirkulationsapparat gedeutet werden, da Kochsalzeinspritzungen in die Venen nie Temperaturerhöhung oder Dyspnoe hervorriefen. L. vermuthet in der Niere die Anwesenheit eines toxischen Principes, das mit dem Salzwasser in den Cirkulationsstrom getrieben, diese Vergiftungserscheinungen hervorrufe. Diese Hypothese wird besonders dadurch gestützt, dass intravenöse Injektion eines filtrirten und

steril gemachten Nierenextraktes — durch vorheriges Zerhacken der Niere hergestellt — beim Hunde Fieber und Dyspnoe bewirkt — principes thermogènes, dyspnéogènes etc. Roux hat das Nämliche erzielt durch Einspritzung eines Extraktes von einer gesunden Milz in die Venen. L. schließt daraus, dass die Erscheinungen von Dyspnoe und Fieber mit der Urämie an und für sich nichts gemein haben; letztere sei vielmehr das Resultat einer Retention von in den Geweben angehäuften Harnexkrementen, während erstere Folgen der toxischen intrarenalen Principien seien.

M. Lewentaner (Konstantinopel).

---

5. C. Fränkel. Untersuchungen über Brunnendesinfektion und den Keimgehalt des Grundwassers.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VI. Hft. 1.)

Die an zwei Berliner Röhrenbrunnen ausgeführten Untersuchungen des Verf. ergaben, dass der Keimgehalt des Wassers derselben bei fortgesetztem Auspumpen eine fortschreitende Verminderung erfährt, aber nicht völlig verschwindet. Wird dagegen die Brunnenröhre durch die Laplace'sche Sulfokarbolsäuremischung sterilisirt, so bleibt auch das Wasser etwa eine Woche lang steril, wenn längst jede nachweisbare Spur Phenols verschwunden ist. F. schließt daraus, dass die von außen hereingefallenen Keime eine festere Haut im Brunnen gebildet haben, die durch bloßes Auspumpen nicht entfernt werden kann. Wird diese entfernt, so erhalten wir stets keimfreies Wasser; das in den Brunnen eintretende Grundwasser muss also an und für sich bakterienfrei sein. Der Einwand, dass die Karbollösung um den Brunnen herum in den Boden dringt und so die Umgebung desselben sterilisirt, wird durch einen Versuch widerlegt, der ergab, dass, wenn das bis dahin sterile Brunnenwasser zuerst wieder Bakterien auftreten lässt, dieselben durch nur mechanische Reinigung des Brunnens ohne Anwendung von Desinficientien zum Verschwinden gebracht werden können. Das erwähnte Verhalten des Grundwassers wird man als die Regel anzusehen haben; Ausnahmen, in welchen die filtrirende Kraft des Bodens nicht ausreicht, das unterirdische Wasser Mikroorganismen führt, mögen vorkommen (poröser Boden, hoher Grundwasserstand, Verunreinigungen in der Tiefe). Sollte einmal eine Desinfektion eines Röhrenbrunnens nothwendig sein — was nur in seltenen Fällen vorkommen dürfte — so wird zunächst die mechanische Reinigung, nur, wenn diese nicht ausreicht, das Eingießen von 1—2 Liter Schwefelkarbolsäuremischung und nachheriges energisches Auspumpen genügen. F. hat nachgewiesen, dass bei solchem Verfahren auch die so resistenten Sporen des Heubacillus zu Grunde gehen.

Für Kesselbrunnen empfiehlt sich der Kalk als brauchbares Desinficiens; doch ist nach der Anlage dieser Brunnen, die fast stets wieder neuen Verunreinigungen von oben oder von der Seite her

zugänglich sind, jede Desinfektion von vorn herein als ein Unternehmen von sehr zweifelhaftem, vergänglichem Werth zu betrachten.

Strassmann (Berlin).

---

6. P. F. Frankland. Über den Einfluss der Kohlensäure und anderer Gase auf die Entwicklungsfähigkeit der Mikroorganismen.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VI. Hft. 1.)

Die Versuche F.'s, obwohl nach anderer Methode angestellt als die von C. Fränkel, haben doch im Wesentlichen zu gleichen Resultaten geführt. In einer Kohlensäureatmosphäre wurde das Wachsthum des Bacillus pyocyaneus völlig aufgehoben, begann aber, eben so wie die Farbstoffbildung, bei nachherigem Luftzutritt wieder aufs Neue. Die Finkler'schen und die Choleraspirillen wurden viel intensiver geschädigt; ihre Wachsthumshemmung war in F.'s Versuchen eine vollständige, während C. Fränkel bei nachherigem Luftzutritt stets ein, wenn auch sehr verringertes, Wiederwachsen beobachtete, ein Unterschied, der jedenfalls in einer zufälligen Differenz in der Widerstandsfähigkeit der angewandten Kulturen seine Erklärung findet. Das Kohlenoxyd wirkte auf die Bacillen des grünblauen Eiters in ganz gleicher Weise; es hemmte ihr Wachsthum vollständig, tödtete sie aber in keiner Weise, da später an der Luft etwa die gleiche Zahl wie auf der Kontrollplatte sich entwickelte. Von den Choleraspirillen kommt ein Bruchtheil, von den Finkler'schen nur ein sehr kleiner zur Entwicklung, das nachherige Wachsthum an der Luft ist ein verhältnismäßig geringes, besonders bei den Choleraspirillen. Stickoxyd, Schwefelwasserstoff und schweflige Säure tödten die drei Bakterienarten schnell, während das Stickoxydul ähnlich wie Kohlenoxyd wirkt. Wasserstoffgas verzögert die Entwicklung der drei Arten etwas, verhält sich aber im Großen und Ganzen indifferent.

Strassmann (Berlin).

---

7. Jaccoud (Paris). Über Endocarditis infectiosa. (Aus der Clinique médicale de la Pitié de Paris.)

(Wiener med. Blätter 1889. No. 17. p. 262 ff.)

Als Einleitung beschreibt J. den Krankheitsverlauf einer Pat., welche seit etwa 2 Monaten sich unwohl fühlte, in unregelmäßigen Intervallen heftige Fieberanfälle erlitt, so dass endlich die Aufnahme in die Klinik erforderlich schien. Klinisch fand sich ein systolisches Geräusch an der Mitralklappe, es bildete sich in dem nachweisbaren Milztumor das Bild des Infarktes aus; es kam zu Infarktbildung in den Nieren, zu einer Embolie in der linken Arteria centralis retinae und endlich zu einer Embolie der Arteria fossae Sylvii sinistr. Bei der Sektion fand man Wucherungen an der Mitralklappe, die aus einer Anhäufung von Mikrokokken bestanden; in den Infarkten fanden sich die gleichen Mikroben wie auf der Herzklappe; ob Züchtungsversuche gemacht worden sind, ist nicht angegeben. Der Uterus, mit den deutlichen Zeichen einer Metritis, wird in diesem Falle für den Ausgangspunkt der Infektion angesehen. In den Embolien sind die nämlichen Mikroorganismen, wie am Herzen, nachweisbar.

Von diesem Falle aus geht J. zur Darstellung seiner Erfahrungen

über die Endocarditis infectiosa. Zunächst protestirt er wiederum gegen die Bezeichnung Endocarditis ulcerosa, weil, wie in diesem Falle auch, es in der Hälfte der Erkrankungsfälle zum Tode kommt, ohne dass die Sektion Ulcera aufzufinden vermag; die Ulcera sind nicht konstant, nur die Infektion durch Mikroben ist konstant. Dann führt er weiterhin an, dass es nicht richtig ist, wie man sich das Auftreten und die Entwicklung der Endocarditis infectiosa denkt. Das Auftreten ist zwar ziemlich rasch, aber durchaus nicht brüsk, sondern ein drei- bis fünftägiges Stadium leichterer Art geht voraus; seltener kündigt sich die Endocarditis durch einen eine Woche etwa anhaltenden intermittirenden Fiebertypus an, der in einen kontinuirlichen übergeht; häufiger ist schon der folgende dritte Modus der Entwicklung, ein länger andauerndes intermittirendes Fieber, während dessen die Fieberanfälle keinen bestimmten Typus einhalten, durch Apyrexie von wechselnder Dauer aus einander gehalten werden und sich über 5—6 Wochen hinziehen; zu der letzten Gattung gehört der oben angeführte Fall. Als praktisch beachtenswerth hebt J. hervor, dass man bei einem Rheumatismuskranken, welcher die so häufigen Herzstörungen acquirirt hat, beim plötzlichen Eintritt von intermittirenden Fieberanfällen an den Übergang der bis dahin gutartigen Endocarditis in eine infektiöse zu denken hat. Weiterhin ist J. nicht damit einverstanden, dass man bei der bereits ausgebildeten Erkrankung ein kontinuirliches Fieber für charakteristisch hält oder eine dauernde Hyperthermie. Beide Annahmen sind nach seiner Erfahrung falsch. Die Temperatur überschreitet selten 40° C.; das Fieber ist entweder kontinuirlich mit schwachen Morgenremissionen oder mit zeitweiligen, kurzdauernden Paroxysmen; das Fieber kann aber auch intermittirend bleiben; nicht immer sind hierbei die drei Stadien des Fieberanfalles deutlich, doch nie fehlt die Periode der Apyrexie. Endlich giebt es Fälle, bei denen alle Einzelerscheinungen gleichsam stoßweise sich entwickeln: die Apyrexie leitet ein Wohlbefinden ein, das 3—5 Tage anhält; dann kommt ein neuer Fieberanfall und ein Anfachen aller Symptome und wieder eine Apyrexie mit absolutem Wohlbefinden für 7—8 Tage; monatelang kann es so weiter gehen; diese Attacken bezeichnen jene Zeit, in welcher sich schädliche Partikelchen vom Endocardium her dem Blute beimischen und die Allgemeininfektion bedingen. Die Art des Auftretens und die Entwicklung der Erkrankung erlaubt Schlüsse auf die Gattung der Mikroben: die kontinuirliche Form der Krankheit mit oder ohne paroxysmatische Steigerung ist eigenthümlich der durch den Pneumoniecoccus bedingten Endocarditis, während die intermittirende Form die Infektion durch pyogene Mikroorganismen bedeutet. Die Dauer der Endocarditis infectiosa ist nicht so kurz und rasch zum Tode führend als man glaubt; J. sah Fälle von 13, 21, 72 und gar von 121 Tagen. Ob die Dauer der Erkrankung zu der Art der Mikroben in einem Verhältnis steht, ist noch nicht klar; J. fand bisher 4 Arten von Mikroben bei Fällen solcher Art. Denkt man dann daran, dass

Weichselbaum in 62 Fällen 10 verschiedene Mikroorganismen auffand, so ist die Gefahr für die Infektion außerordentlich groß, zumal die Krankheitsprocesse, welche die Grundlage für die Entstehung der Endocarditis abgeben, wie Rheumatismus, Pneumonie, Diphtherie, Eiterherde etc. so ungemein häufig sind. Dass trotzdem die Endocarditis infectiosa im Ganzen selten ist, hat nach J. zwei Ursachen: einmal müssen die Pilze in die Blutbahn eingeführt werden und dann ist außerdem eine lokale Disposition des Endocardium, eine bestehende Vulnerabilität nothwendig (Versuche von Rosenbach und Wyssokowitsch). Der zweite Punkt erklärt uns auch, warum die Endocarditis infectiosa nicht selten im Gefolge des Gelenkrheumatismus auftritt, auch wenn die Endocarditis bereits längere Zeit abgelaufen war. Die linke Herzhälfte ist häufiger befallen, weil die Mikroben zu dem sauerstoffreichen Blut des linken Herzens eine größere Affinität besitzen und besseres Material für Wachsthum und Vermehrung in ihm finden. **Prior** (Bonn).

---

8. **T. Lang.** Die Syphilis des Herzens.

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1889.

In der vorliegenden Monographie hat Verf. ein Kapitel aus der Pathologie der Syphilis bearbeitet, das bisher noch niemals eine eingehende Würdigung gefunden hatte. Aus dem einleitenden geschichtlichen Theil der Arbeit geht hervor, dass die nicht zahlreichen beschriebenen Fälle von Syphilis des Herzens in einzelnen Beobachtungen zerstreut geblieben sind und weder in den Büchern über Pathologie des Herzens, noch in denen über Syphilis eine Zusammenstellung und aus dieser ein anschauliches Bild der Erkrankung zu finden ist. Alle jene veröffentlichten Fälle, im Ganzen 44 an der Zahl, hat Verf. gesammelt, giebt sie theils ausführlich, theils kursorisch wieder und versucht, aus diesen Fällen heraus die Pathologie der Herzsyphilis darzustellen.

Die Arbeit zerfällt in vier der Natur der Sache nach an Umfang ungleiche Theile: Syphilitische Endocarditis, syphilitische Myocarditis, syphilitische Pericarditis und syphilitische Neubildungen des Herzens.

Die syphilitische Endocarditis tritt, wenn auch höchst selten isolirt, d. h. ohne gleichzeitige Myocarditis auf. Sie befällt die parietalen sowohl als die valvulären Partien des Endocardiums; letztere jedoch im Gegensatz zur nicht-syphilitischen Endocarditis viel seltener. Man findet sie sowohl in den Vorhöfen, als in den Ventrikeln, am häufigsten, wenigstens in der extra-uterinen Lebensperiode, im linken Ventrikel, an der Herzspitze, der Basis der Ventricularscheidewand nächst dem Ostium der Aorta.

Anatomisch bietet die valvuläre Endocarditis nur in ihren selten vorkommenden kondylomatösen Bildungen ein specifisches Produkt. Sonst findet man papilläre, grauweiße oder weißlich-gelbe Knötchen entweder längs der Schließungslinie der Klappenränder oder an der

Klappenfläche. Drusige Anhäufungen, hochgradige Schrumpfungen, Deformation und Destruktion der Klappen kommen bei der syphilitischen Entzündung nicht vor.

Die parietale syphilitische Endocarditis präsentirt sich gewöhnlich in der fibrösen und sklerosirenden Form; sie ist immer mit mehr oder weniger tiefgreifender Myocarditis kombinirt. Selten ist das Endocardium bloß sehnenartig getrübt, matt gefleckt oder leicht verdickt, meist ist es auf mehrere Millimeter hin in eine weißlich-gelbe derbe, feste Schwiele verwandelt, die meist hyalin, fettig oder kalkig degenerirt erscheint.

Die gummöse Endocarditis ist gewöhnlich mit der fibrösen syphilitischen Myo- und Pericarditis kombinirt. Die Gummata stehen vereinzelt oder in Haufen, erreichen jedoch an Größe niemals die des Myocards. Belangreich werden sie durch ihren Zerfall und den Anlass zur Ausscheidung von Faserstoff in die Herzhöhlen und hiermit auch zu Embolien und Thrombosen.

Eine Differenzirung der Symptomatologie der syphilitischen Endocarditis von der nicht-syphilitischen ist wegen des latenten, oft symptomlosen Verlaufes, und da dadurch die meisten Fälle erst im Endstadium zur Beobachtung gelangen, nicht möglich.

Die Diagnose ist nur bei erheblicher Betheiligung der Klappen oder des Myocardiums intra vitam mit Sicherheit zu stellen. Durch Ausschließung einer jeden anderen, Endocarditis erzeugenden Schädlichkeit kommt man zur Diagnose der syphilitischen Endocarditis. Meist verläuft die letztere bis an das jäh eintretende Lebensende mit so geringen Beschwerden, dass ärztliche Hilfe nicht aufgesucht wird.

Die Prognose ist höchst ungünstig. Die Therapie muss eine specifische und symptomatische sein.

Die syphilitische Myocarditis ist immer partiell; sie tritt beim Erwachsenen kaum früher als im zweiten Jahre der Erkrankung entweder im Myocardium auf und greift von diesem auf das Endo- oder Epicardium über oder es pflanzt sich der Process vom Endocardium auf das Myocardium fort. Als Formen sind zu unterscheiden eine fibröse oder interstitielle syphilitische Myocarditis und eine gummöse; letztere ist öfters mit der fibrösen Myocarditis kombinirt.

So lange der Ausfall an Muskelsubstanz gering ist oder durch Hypertrophie kompensirt wird, so lange kein gummöser Detritus in die Herzhöhlen gelangt und der neuromuskuläre Apparat des Herzens nicht in Mitleidenschaft gezogen ist, veranlassen auch die syphilitischen Myocarditiden keine erheblichen funktionellen Störungen. Oft verläuft die syphilitische Myocarditis bis kurz vor dem unerwartet eintretenden Tode ohne beträchtliche Beschwerden. Die konstantesten funktionellen Störungen resultiren aus der Abnahme der kinetischen Kraft des Herzens. Die ersten beachteten Symptome: Beklemmung, Kurzathmigkeit, Angstgefühl, Präcordialschmerz sind durch Stauung im Pulmonalkreislauf hervorgerufen; durch passive Hyperämie im unteren Hohlvenensystem folgen dann intensive Stö-

rungen der Magenverdauung; im Allgemeinen haben alle Symptome nichts von denen bei chronischer Myocarditis beobachteten Abweichendes. Hervorzuheben ist nur, dass die syphilitischen Myocarditiden oft zu Embolien und Thrombosen besonders in den Hirngefäßen führen.

Der Verlauf ist langwierig: häufig sterben die Kranken durch einen rapiden, accidentellen Vorgang, auffallenderweise oft während des Stuhlgangs. Die Diagnose ist schwierig, die Prognose höchst ungünstig, die Behandlung hat sich auf Behebung des Grundleidens, so wie Bekämpfung der lästigen, das Leben des Kranken gefährdenden Zustände zu richten.

Das Pericardium ist nur höchst selten der Sitz einer primär-syphilitischen Entzündung; meist ist die Affektion vom Myocard fortgepflanzt. Die Entzündung ist meist partiell; es kann jedoch auch der Herzbeutel in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen werden und obliteriren. Auch hier muss man eine chronische fibröse und eine gummöse Form unterscheiden, die durch die verschiedenen anatomischen Produkte gekennzeichnet sind. Eine besondere von Balzer beschriebene Form ist durch Bildung zahlreicher miliarer Aneurysmen und seitlicher Ausbuchtungen der pericardialen Gefäße längs der vorderen Kranzschlagader und an der Wurzel der großen Herzgefäße charakterisirt.

Eine Symptomatologie der syphilitischen Pericarditis lässt sich, da im Anfang die Beschwerden ganz unerheblich sind, später die Symptome von Seiten der komplicirenden Myocarditis hervortreten, nicht aufstellen.

Eine syphilitische Neubildung des Herzens ist bisher nur einmal von Kantzow und Virchow beobachtet worden und zwar handelte es sich um ein kongenitales syphilitisches Myom.

Sehr viele interessante Einzelheiten finden sich in den aufgeführten Krankengeschichten, so dass die Lektüre der fleißigen Arbeit warm empfohlen werden kann. **M. Cohn** (Berlin).

---

9. Schuchardt. Über das Wesen der Ozaena nebst einigen Bemerkungen über Epithelmetaplasie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 340.)

Vor einigen Jahren machte R. v. Volkmann die Beobachtung, dass bei der genuinen Ozaena nasalis das Flimmerepithel der Nase in Pflasterepithel umgewandelt wird. Diese Beobachtung im Verein mit der Untersuchung von Zeller über die Metaplasie des Gebärmutterepithels (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XI Hft. 2), regte beim Verf. die Frage an, ob nicht der üble Geruch bei Ozaena mit der Umwandlung des Flimmerepithels in Pflasterepithel zusammenhinge. Unter Bestätigung der Volkmann'schen Beobachtung, wonach das Flimmerepithel der Nase in ein verhorntes Plattenepithelium bei der Ozaena umgewandelt sich darstelle, glaubt Verf. die Quelle des dieser Krankheit eigenthümlichen widrigen Geruches in der Metaplasie des Epithels suchen zu müssen. Ref. erlaubt sich hierzu die Bemerkung, dass wahrscheinlich nur wenige Fach-

genossen der Schlussfolgerung des Verf. sich anschließen werden. Der mikroskopische Befund bei Ozaena lässt eine tiefe Störung der gesammten Schleimhaut erkennen und ganz besonders ist es der Drüsenapparat, welcher, wie auch in den S.'schen Fällen, hochgradig erkrankt ist, und es liegt wohl nichts näher, als den Geruch von einer Zersetzung der veränderten Sekrete herzuleiten. Verhornt gar noch das Plattenepithel, wie Verf. angiebt, so trägt dies Epithel wahrscheinlich am wenigsten zur Erzeugung des Geruches bei.

B. Baginsky (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. **Fischer.** Zur Kenntnis der Hämophilie.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Verf. giebt im ersten Theile seiner Arbeit die ausführliche Geschichte einer weitverzweigten Bluterfamilie und schließt an dieselbe einige Betrachtungen allgemeiner Art über diese Familie:

Dieselbe zeichnet sich aus durch großen Kinderreichthum. Der jüngste Bluter starb im Alter von $^3/_4$ Jahren, der älteste mit 62 Jahren; zwei 67jährige Mitglieder leben noch. Das Verhältnis der weiblichen Bluter zu den männlichen ist wie 4 : 13. Bei Weitem vorwiegend sind spontane, sehr abundante Nasen- und Zahnfleischblutungen, innere Blutungen sind selten. Sehr zu bemerken ist eine auf die meisten Glieder der Familie verbreitete krankhafte Disposition.

Den zweiten Theil der Arbeit bilden Betrachtungen über das Wesen der Hämophilie. Anknüpfend an die Thatsache, dass das Verhältnis der rothen Blutkörperchen zu den weißen bei den Blutern 1500 : 1 beträgt, glaubt F., dass das Wesen der Hämophilie in einer Veränderung der Blutbeschaffenheit sowohl in qualitativer als quantitativer Hinsicht seinen Grund hat. Als ätiologisches Moment fasst er eine gesteigerte Thätigkeit seitens der blutbereitenden Organe überhaupt und eine erhöhte Fähigkeit der Bildung rother Blutkörperchen seitens der sie bildenden Organe im Besonderen auf. Im Anschlusse daran kommt es dann zu einer vermehrten Blutbildung überhaupt und zu einem Missverhältnis zwischen Blutvolumen und Kapacität des Gefäßsystems.

Durch diese Annahme der Blutveränderung gelingt es, wie Verf. ausführlich darlegt, die meisten Symptome der Hämophilie zu erklären. Als Stadien der Krankheit sind zu unterscheiden Stadien der Latenz und manifeste Anfälle.

Die Veränderung des Blutes bedingt eine veränderte Funktion der verschiedenen Gewebe. Diese äußert sich in Bezug auf das Nervensystem in einer Übererregbarkeit des ganzen Systems und einzelner Centra im Besonderen, in Bezug auf das Gefäßsystem in Änderung der Elasticität, Kontraktilität, Dichtigkeit und Festigkeit der Wandungen; am Herzen kann durch den vermehrten Widerstand und die vermehrte Blutmenge eine Aktionshypertrophie geschaffen werden.

Die häufig vorkommenden rheumatischen und neuralgischen, Knochen- und Gelenkleiden fasst Verf. als Äquivalente der hämophilen Blutungen auf. Das eine Mal erfolgt bei Überfüllung des Gefäßsystems eine wirkliche Blutung, das andere Mal eine hämophile Knochen- oder Gelenkaffektion. Beide haben den Zweck, überschüssiges Blut zu eliminiren.

M. Cohn (Berlin).

11. **Dujardin-Beaumetz.** Discussion sur la forme lente du diabète.

(Tribune méd. 1889. No. 12.)[1]

D.-B. ist, im Gegensatz zu Worms, der Ansicht, dass die Diabeteskranken nicht lange leben und dass die kardinalen Phänomene stets der Durst, die Poly-

[1] Fortsetzung der Diskussion über die Behandlung des Diabetes in der Académie de Méd. zu Paris (cf. Centralbl. No. 36 p. 627).

dipsie und Polyphagie sein werden. Solche Pat. sterben manchmal rasch in Folge eines allen zufälligen Schädlichkeiten ausgesetzten widerstandslosen Organismus. Der langsam verlaufende Diabetes bei seinem Übergange in die grave Form erleidet zuerst manche Modifikation (welche? Ref.), die man als dritte Form — forme moyenne — ansehen müsse. Dabei soll nicht die Quantität des ausgeschiedenen Zuckers als Maßstab für die Gravität des Diabetes, sondern das mehr oder weniger schnelle Verschwinden desselben aus dem Harn angesehen werden, desshalb bleibt auch das strengste Diätregimen bei der graven Form ohne jeglichen Einfluss auf die Zuckerelimination. Die wirksamste Behandlung bestehe in der Darreichung, anstatt dem Pain gluten, einer entsprechenden Menge von in den Schalen gekochten Erdäpfeln und des Soyabrotes; letzteres ist von Stärkemehl vollkommen frei und giebt ausgezeichnete Resultate, nur nehmen es die Pat., seines schlechten Geschmackes halber, nicht gern. Ferner sollen die Fette, nach Bouchardat, in Form von Würsten, Schinken, Galantinen etc., besonders gespickter Kohl, von vorzüglicher Wirkung sein. Kaffee und Thee werden als integrirende Bestandtheile in der Diabetesdiät betrachtet und da der Thee ohne Zucker auf die Länge nicht ertragen werden kann, so giebt D.-B. 0,10 Saccharin täglich zu demselben.

Germain Sée. Von besonderem Interesse ist der Standpunkt S.'s in dieser Frage. S. spricht sich entschieden gegen die jetzige empirische Diabetestherapie aus, die keine Ansprüche auf eine rationelle und physiologische Begründung haben kann. Die Experimente von Hardy und S. sprechen zu Gunsten der biologischen Wahrheit, dass jedes gesunde Individuum schon im normalen Zustande Zucker ausscheidet. Die jetzigen Zuckerreaktive entdecken den Zucker im Harn erst in einer Quantität von 0,05 pro Liter. Weder der Saccharometer, noch die Fermentation und die Fehling'sche Flüssigkeit konnten die kleinen Mengen Zucker, die im normalen Harn enthalten sind, aufschließen, erst mit der Erfindung des Phenylhydrazins konnte dieser nachgewiesen werden. Leute, die keinen Zucker im Harne haben, scheiden jedenfalls Kohlenwasserstoffe aus: das Chlorbenzin, das Naphthol und Furfurol weisen im normalen Harne große Mengen Hydrocarbure nach. Diese normale Ausscheidung kann experimentell bei gesunden Individuen gesteigert werden nach einer Portion von 150 g Weißbrot, wo bereits nach 1 Stunde im Harn große Mengen invertirten Zuckers zum Vorschein kommen. Bei manchen Individuen wird diese Ausscheidung geradezu so abundant, dass man sie schon jetzt als zukünftige Diabeteskandidaten betrachten kann.

S. schließt daraus, dass die Glykosurie eine normale physiologische Funktion des Organismus, ihre Bildungsstätte die Leber, — nach Exstirpation derselben beim Frosch, Gans etc. — die Muskeln (Herzmuskel inbegriffen) seien. Der diabetische Zustand sei nichts Anderes als eine krankhafte Steigerung jener physiologischen Funktion. Da der kranke Körper jetzt mit Zucker durchtränkt ist, so falle er bald der Kachexie, dem Tuberkelbacillus zum Opfer. Der Zucker wird ferner als mächtiges Diureticum betrachtet, der die meisten albuminoiden Stoffe, bevor noch der Organismus Zeit genug gehabt hätte, dieselben zu assimiliren, mit sich reißt. Das Coma diab. sei eine Buttersäurevergiftung, die nie pardonirt, also unkurirbar.

Die Therapie anlangend, so verwirft S. die Milch gänzlich, welche den Tod direkt, wegen des Milchzuckers, verursacht. Die Therapie zerfällt in 3 Theile: Regimen, Muskelaktion und Medikamente. Es werden täglich 150—200 g Fleisch, Fette in beliebiger Form erlaubt. Brotrinde wird verworfen, dagegen täglich 200 g Brotkrume — letztere enthält 87% Wasser —, Thee und Kaffee in beträchtlichen Quantitäten gestattet, außerdem Muskelübungen und Antipyrin in täglichen Gaben von 3,0—5,0 verordnet. Das Opium wird gänzlich beseitigt.

Robin bestätigt unter besonderem Hinweis auf die Angaben Quinquaud's, der im normalen Harn das Dasein von Glykosen nachwies, die Auseinandersetzungen S.'s. R. verspricht, in der nächsten Sitzung der Académie de Méd. Genaueres darüber mitzutheilen. **M. Lewentaner** (Konstantinopel).

12. A. Sänger. Über einen Fall von Endocarditis ulcerosa in einem kongenital missbildeten Herzen mit Bemerkungen über Endocarditis. (Aus dem allgem. Krankenhause zu Hamburg. Abtheil. des Herrn Dr. Eisenlohr.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 8.)

Die kurze kasuistische Mittheilung bezieht sich auf einen Fall von völligem Fehlen des Septum ventriculorum und atriorum mit Vorlagerung der Aorta vor die Pulmonalis. Die Kranke war 24 Jahre alt geworden und erlag einer akuten ulcerösen Endocarditis an der mangelhaft entwickelten Tricuspidalis. Aus dem Blut der Kranken wurde während des Lebens Staphylococcus aureus und ein weißer nicht pathogener Coccus gezüchtet. Der Verf. empfiehlt zur Feststellung der Diagnose auf akute Endocarditis anstatt der mikroskopischen Blutuntersuchung die Aussaat einer größeren Quantität von Blut (1 ccm) auf Gelatineplatten. Er hatte bei diesem Verfahren in mehreren Fällen von kryptogenetischer Septiko-Pyämie positive Resultate. Als ein mehrfach beobachtetes Symptom der ulcerösen Endocarditis bezeichnet er ein kurz dauerndes, über den ganzen Körper sich ausbreitendes, urticariaähnliches Exanthem. **F. Neelsen** (Dresden).

13. Ely (New York). A case of malignant endocarditis; infection apparently from urethritis.

(Med. record 1889. März 16. p. 287 ff.)

In kurzen Zügen beschreibt E. die Erkrankung eines 28jährigen Kellners, welcher nach wenigen Tagen starb. Bei der Sektion fand sich eine frische Endocarditis auf den Mitralklappen, kleine Infarkte in der Milz und zahlreiche Infarkte in den Nieren. Die Urethra entleert auf Druck hinreichend viel Eiter, um einige Deckglaspräparate anzufertigen. Die Züchtungsversuche waren aus äußeren Gründen unmöglich. Mikroskopische Untersuchungen ergaben, dass sowohl in der Leber, wie Milz, auf den Herzklappen und in den Nieren dieselben Mikrokokken vorkamen wie in dem Sekret der Harnröhre; die in der Urethra aufgefundenen Mikrokokken hält E. nicht für den Micrococcus gonorrhoicus, sondern er spricht sie für Pyämiemikrokokken an, so dass nach seiner Ansicht in diesem Falle die Eingangspforte für die Erkrankung in der Urethra gelegen war. Die Litteratur, von E. gesammelt, verzeichnet nur 9 Fälle, welche mit seiner Beobachtung in Zusammenhang gebracht werden können. **Prior** (Bonn).

14. Cheesman (New York). Abscess of the lung following the retention of a nail in the bronchus for a year.

(Med. record 1889. März 16. p. 290.)

Ein 3jähriger Knabe hustete einen $1^1/_2$ Zoll langen Nagel mit scharfer Spitze und rundlichem Kopfe aus, welcher nachweislich 1 Jahr vorher in die Lungen gekommen war. Der Knabe hatte damals beim Spielen den Nagel in den Mund genommen, welcher unter Erstickungsanfällen seinen Weg in die Lunge nahm. Seit jener Zeit hatte der Knabe ununterbrochen Husten, zeitweise quälend heftig; 6 Monate nachher war Fieber aufgetreten mit reichlichen Schweißen, so dass der Knabe abmagerte und verfiel. Eines Tages nahm der Vater des Knaben ihn während eines heftigen Hustenparoxysmus bei den Beinen, hob ihn hoch, so dass der Kopf nach unten hing und schlug ihn »ziemlich kräftig« auf den Rücken zwischen die Schultern mehrmals, um dem Kinde zu helfen; als er den Knaben niedersetzte, würgte das Kind, weil ihm etwas in der Kehle steckte; der Vater ging mit dem Finger ein und zog den Nagel mit Eisenrost und Schleim bedeckt heraus. Der Husten ließ in der Folge nach, doch erholte sich der Knabe nicht, sondern ging unter septikämischen Erscheinungen zu Grunde, 3 Wochen nach der Entleerung des Nagels. Die Sektion wurde nicht gemacht. E., welcher den Knaben erst sah, als er am Tage vorher den Nagel ausgehustet hatte, glaubt an dem anamnestischen Befunde nicht zweifeln zu dürfen. **Prior** (Bonn).

15. Schultze. Spastische Starre der Unterextremitäten bei drei Geschwistern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Die 3 Kinder sind für Nervenkrankheiten nicht belastet. Die Mutter ist blass und anämisch. Die Geburt des ältesten nicht kranken Kindes ging leicht vor sich; drei spätere Geburten rechtszeitig aber schwer und langsam (3 Tage). Die 3 jüngsten Kinder (6-, 5- und 3jährig) ließen die ersten abnormen Erscheinungen erkennen, zu der Zeit, als sie gehen lernen sollten. Sie konnten nur mit gekreuzten Beinen stehen. Zur Zeit bieten die zwei älteren Kinder, abgesehen von einem Strabismus convergens, ausschließlich auf die unteren Extremitäten beschränkte abnorme Erscheinungen: der Gang geschieht mit steifen und adducirten Beinen; die Hüftgelenke sind ebenfalls steif, so dass durch jedesmalige Beckenhebung beim Versetzen der Beine ein starkes Wiegen des Oberkörpers zu Stande kommt. Die Füße stehen dabei in Equinusstellung, die Spitzen nach einwärts gerichtet. Beim Vorwärtsgehen werden sie in einem nach außen leicht konvexen Bogen bewegt und schleifen mit der Spitze auf der Erde. Ohne Stütze ist das Gehen nur auf kurze Strecken möglich. Die Equinusstellung lässt sich aktiv nicht, passiv schwer, aber völlig, überwinden. Paresen sind nicht mit Bestimmtheit auszuschließen. Wenn die Kranken sich im Bette aufsetzen, so entsteht eine starke Kyphose der Brustwirbelsäule, welche beim Gehen völlig verschwindet. Atrophie ist nicht vorhanden. Die Sehnenreflexe sind hochgradig gesteigert. Sensibilität ist nicht verändert. Bei dem jüngsten Kinde verhält sich der Gang folgendermaßen: die Kniee sinken ein, die Beine kreuzen sich; Equinusstellung und Einwärtsdrehung der Füße lässt sich konstatiren. Ohne Stütze kann das sonst kräftige und normale Kind nicht stehen. Als ätiologisches Moment sieht S. in diesen 3 Fällen die langdauernde schwere Geburt an. Obschon die Art des Leidens an einen direkt auf den unteren Dorsal- und Lendentheil des Rückenmarkes einwirkenden Insult zunächst denken lässt, so hat doch die Ableitung einer solchen spinalen Degeneration von einer direkten Läsion der Medulla spinalis bei schweren Geburten (etwa durch Zusammendrücken der Wirbelsäule) große Schwierigkeiten und es liegt nach S. nahe, namentlich da man weiß, dass gewisse Läsionen des Gehirns spastische Lähmungen auch ohne deutliche sekundäre Degeneration der Pyramiden hervorrufen können, an eine direkte Affektion der motorischen Region des Großhirns, vielleicht auch des dazu gehörigen Stabkranzes zu denken. Es unterstützen diese Anschauung einzelne in der Litteratur sich findende Angaben und Sektionsbefunde. Bei schweren Geburten kann der Hirnmantel nicht nur durch Quetschungen, sondern auch indirekt in Folge von lokaler Anämie und von der oft lang dauernden Asphyxie solcher Kinder derartig afficirt werden, dass Defektbildungen, Atrophie oder sklerotische Processe resultiren. **A. Cramer** (Freiburg i/Br.).

16. J. Duncan (Edinburgh). Caries of vertebrae; paralysis; operation; cure. Three cases of fracture of the spine; paralysis; operation.

(Edinb. med. journ. 1889. März.)

Die folgenden, kurz mitgetheilten Fälle sind bemerkenswerth als Versuche einer operativen Behandlung von Wirbelleiden.

1) Ein 11jähriger Knabe hatte im Herbst 1886 einen Fall erlitten, worauf seine jetzige Krankheit bezogen wurde. Über etwaige Krankheitserscheinungen gleich nachher ist nichts gesagt, sondern nur, dass Pat. erst im Juli 1887 in ärztliche Behandlung trat, und dass trotz derselben der Zustand sich dauernd verschlimmerte. Im December 1887 spürte Pat. taubes Gefühl in beiden Beinen aufwärts bis zu der Leistenfalte; im März 1888 war vollständige Paraplegie vorhanden. Im Oktober 1888 wurde Pat. ins Krankenhaus aufgenommen. Man konstatirte eine spitzwinklige Kyphose im mittleren Brusttheile. Spastische Lähmung und Anästhesie beider Beine; die Sphincteren intakt. Am 31. Oktober wurden die Dornfortsätze und Bögen des 4.—7. Brustwirbels entfernt und schwammiges Granulationsgewebe, das darunter gelegen war, mit dem scharfen Löffel fortgekratzt;

damit schien alles Krankhafte beseitigt. Die Dura mater spin. zeigte leichte Pulsationen; eine Kompression des Rückenmarkes war nicht nachzuweisen. Die Wunde wurde drainirt, Pat. in ein Gipskorsett gelegt. Am 2. November wurde das Drain entfernt. Pat. konnte die Füße in den Fußgelenken bewegen und fühlte Berührungen, konnte sie aber nicht lokalisiren. Am 6. November war die Wunde verheilt. Pat. konnte leichte Bewegungen im rechten Kniegelenk machen. Am 13. November war die Sensibilität weiter gebessert und Pat. konnte auch die Empfindungen lokalisiren; die Beine konnte er nach allen Richtungen bewegen. Die Besserung schritt immer weiter vor, so dass Pat. am 4. Januar allein stehen und am 14. Januar bereits ohne Hilfe einige Schritte machen konnte. Im Übrigen wurde Pat. so viel als möglich in horizontaler Ruhelage gehalten. Am 15. Febr. war die Sensibilität völlig gut, der Gang spastisch.

2) Ein 19jähriger Mensch bekam am 8. März nach einem Falle von einem Baume (30 Fuß hoch) motorische und sensible Paraplegie der Beine und Urinretention; der Dornfortsatz des 11. Brustwirbels ragte etwas hervor und war beweglich. Nach gemachter Incision wurde dieser, so wie die Bögen des 10. und 11. Brustwirbels entfernt, da sie sich als gebrochen und dislocirt erwiesen; eine vom 10. zum 11. Wirbel verlaufende Bruchlinie und eine leichte Dislokation des ersteren nach vorn war aber außerdem zu konstatiren, indessen schien das Rückenmark nicht komprimirt. Schließung der Wunde und Drainage. Am 17. März leichte Besserung der Sensibilität; dabei blieb es aber; die Motilität kehrte nicht wieder und es bildete sich Incontinentia urinae aus. Pat. wurde in ein Siechenhaus geschafft.

3) Ein 34jähriger Mann erlitt nach einem Sturz in einem Bergwerksschachte am 21. Januar einen Bruch einer Rippe und des 3. Lendenwirbels; er wurde in collabirtem Zustande mit Paraplegie beider Beine und Harnverhaltung ins Spital gebracht. Am nächsten Tage, nachdem Pat. sich etwas erholt hatte, wurde zur Operation geschritten, wobei Dornfortsatz und Bogen des 2. und 3. Lendenwirbels entfernt wurden; es zeigte sich jedoch starke Dislokation des ersteren nach vorn; die Dura prall gespannt. Eröffnung des Sackes, Entfernung von Blutgerinnseln und blutiger Flüssigkeit. Am 23. Januar früh starb Pat. unter Dyspnoe und Angstgefühl. Bei der Sektion zeigte sich die Wunde und ihre Umgebung in guter Verfassung; die Cauda equina ganz leicht gequetscht, das Rückenmark im Übrigen normal. Befund an den Wirbeln wie oben angegeben. In der linken Zwerchfellshälfte war ein großer Riss, durch welchen der Magen und ein Theil des großen Netzes in die Brusthöhle getreten waren und Lungen und Herz verdrängt und komprimirt hatten.

4) Einem 21jährigen Manne fiel, während er in gebückter Stellung arbeitete, eine schwere Last Kohlen auf den Rücken; er sank zusammen, war an den Beinen gelähmt und konnte keinen Urin lassen. Dies war am 25. December. Er wurde ins Krankenhaus geschafft, wo man außer obigen Erscheinungen noch starke Blutungen unter der Haut des ganzen Rückens und Hervorragen des 2. Lendenwirbels konstatirte; Pat. war sehr collabirt. Am 13. Januar, nachdem Pat. sich etwas erholt hatte, wurden 6 Unzen flüssigen Blutes aspirirt. Am 30. Januar hatte sich der größte Theil der Hämorrhagie resorbirt und man schritt nun zur Operation. Dieselbe war ungemein schwierig, da durch die vielfachen Verklebungen das Aussehen der einzelnen Theile höchst undeutlich geworden war. Der gebrochene 2. und noch zwei benachbarte Wirbel (Bogen) wurden entfernt — danach zeigte es sich, dass der erste Lendenwirbel sehr stark nach vorn dislocirt war. Das Rückenmark war halb durchrissen. Mittels 3 feiner Katgutnähte wurde der obere Theil mit dem unteren vereinigt, nachdem sie vorsichtig von der Unterlage etwas gelockert waren; hierbei sickerte ein wenig Cerebrospinalflüssigkeit aus. Am 1. Februar wurde das Drainrohr entfernt, durch welches immer Cerebrospinalflüssigkeit abgetropft war. Diese Erscheinung blieb, wenn auch in verringertem Maße bestehen, und weder die Anlegung neuer Suturen, noch Umlagerung des Kranken (Fußende des Bettes hoch, Bauchlage) konnte eine Änderung darin herbeiführen. Auch die

Paraplegie blieb unverändert. Vom 15. Februar ist angegeben, die abgeflossene Menge Cerebrospinalflüssigkeit habe täglich wenigstens 2 Unsen betragen.

Küssner (Halle).

17. **Hadden and Sherrington.** The pathological anatomy of a case of locomotor ataxy, with special reference to ascending degenerations in the spinal cord and medulla oblongata.

(Brain 1888. Oktober.)

Anatomisch gut untersuchter Fall von tabischer Hinterstrangserkrankung mit Schwund der intramedullären Wurzelbündel, der Fasern in Lissauer's Randzone und in den Clarke'schen Säulen. In den Seitensträngen fand sich eine degenerirte Partie, die im mittleren Brusttheil einen großen, bis an die Peripherie reichenden Theil des Hinterseitenstranges, in den höheren Rückenmarksebenen die Stelle von Gower's antero-lateraler Bahn, in der Oblongata das Querschnittsfeld der Kleinhirnseitenstrangbahn einnahm, um sich im Corpus restiforme zu verlieren. Verf. gelangt zu der Anschauung, dass die antero-laterale Bahn den mehr ventralen Antheil der direkten Kleinhirnseitenstrangbahn darstellt und mit dieser durch das Corp. restiforme in das Kleinhirn zieht; auch vermuthet er, dass ein Theil dieser Bahn direkte Fortsetzungen von hinteren Wurzeln darstellt. Zum Bereich dieser Bahn gehört vielleicht auch der Antheil des Pyramidenseitenstrangbezirkes, der nicht absteigend, sondern aufsteigend sekundär degenerirt.

Tuczek (Marburg).

18. **H. Rieder.** Kasuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med. klin. Instituts zu München.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 5.)

1) Poliomyelitis anterior acuta. Ein 4³/₄jähriges Kind fiel mit ³/₄ Jahren von einer Bank auf den Boden, wurde am linken Bein gepackt und wieder auf die Bank gehoben und hatte danach einige Wochen Schmerzen bei Berührung des linken Fußes. Mit 2 Jahren fing das Kind zu gehen an und dabei bemerkte man, dass der linke Fuß und Unterschenkel im Wachsthum zurückgeblieben waren, erst mit 3 Jahren fing Pat. zu sprechen an. Der linke Fuß zeigt Varo-equinus-Stellung, Knochen und Weichtheile sind links zurückgeblieben, Patellarreflex links aufgehoben. Die Peroneusgruppe, besonders Tibialis anticus und Extensor halluc. long. links gelähmt.

Therapeutisch wurde Ersatz der Verkürzung durch entsprechend hohe Sohle, Galvanisation und Faradisation, Massage und nasse Frottirung empfohlen.

2) Lues hepatis. Der Fall betrifft einen 37jährigen Mann, der beim Militär luetisch inficirt und mit Quecksilbereinreibungen behandelt worden war. Vor 3 Jahren Anschwellung des Leibes, Ikterus und Abmagerung; Punktion des Ascites und Jodkali bewirkten Besserung, bis vor 1¹/₂ Monaten neuerdings die gleichen Beschwerden auftraten; es bestand Ikterus, Hydrothorax und Ascites, Leber- und Milzschwellung. Auf Jodkali bedeutende subjektive und objektive Besserung, so dass die Diagnose auf Lebersyphilis gestellt wurde, obwohl eine Kombination mit Lebercirrhose nicht ausgeschlossen ist. **Goldschmidt** (Nürnberg).

19. **Fenoglio.** De l'otite moyenne infectieuse.

(Ann. des malad. de l'oreille du larynx etc. 1889. No. 5.)

Verf. hatte Gelegenheit, bei 6 in einem und demselben Saal seiner Klinik befindlichen Kranken innerhalb des Zeitraums von 4 Wochen (Ende December 1887 bis Ende Januar 1888) das Auftreten von Mittelohrentzündungen zu beobachten, welche er als infektiöse bezeichnet. Er verbindet damit die Vorstellung, dass die Affektion bei den 5 später Erkrankten als eine direkte Folge der ersten Erkrankung aufzufassen ist.

Die betr. Pat. litten an durchaus verschiedenen Grundkrankheiten; der erstergriffene war ein Nephritiker, bei welchem die von hohem Fieber begleitete Mittelohreiterung im Anschluss an ein sehr heißes Bad aufgetreten war. Im Fall II

handelt es sich um einen an leichter Phthise leidenden Mann, dessen Mittelohreiterung eben so wie die des ersten Kranken in Heilung endete. Der III. Fall betrifft einen Typhuskranken, der von Anfang an über sein rechtes Ohr geklagt hatte. Der Fall verlief letal, die Ohreiterung bestand zur Zeit des Todes noch. Fall IV zeigt einen an linksseitiger Pleuritis leidenden Mann, welcher in der Konvalescenz von seiner Pleuritis von einer linksseitigen Mittelohreiterung befallen wurde. Im V. Fall hat man es mit einem Hemiplegischen zu thun, welcher während dreier Tage »alle Symptome, die den Beginn einer Mittelohrentzündung charakterisiren, darbot«. Pat. genas, ohne dass es zur Eiterung gekommen war. Endlich der VI. mit Lebercirrhose behaftete Pat. erkrankte an rechtsseitiger Mittelohreiterung und ging 6 Tage später unter hohen Temperaturen zu Grunde. Die Sektion bestätigte die Diagnose.

Nur über die beiden letal verlaufenen Fälle liegen mikroskopisch-bakteriologische Angaben vor. In beiden fanden sich isolirte und in Ketten angeordnete Kokken, keinerlei specifische Bacillen. Unter diesen Umständen erscheint die Schlussfolgerung des Verf.s recht kühn, die geschilderten Erkrankungen ätiologisch einheitlich auffassen zu wollen. Das Argument, auf welches sich der Verf. dabei besonders stützt, dass er mikroskopisch-bakteriologisch keinerlei specifische Parasiten gefunden und speciell bei dem Typhuskranken auch nichts von Rachenaffektionen nachgewiesen hat, kann als zwingend keineswegs angesehen werden. Übrigens hat der Verf. bedauerlicherweise auch unterlassen, sich darüber zu äußern, in welcher Weise er sich die Verbreitung der Mittelohraffektion von dem erstergriffenen auf die später erkrankten Pat. — die Richtigkeit seiner Annahme zugegeben — zu Stande gekommen denkt. **E. Fraenkel** (Hamburg).

20. **Joachim.** Beitrag zur Sulfonalwirkung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai.)

Entgegen der Beobachtung anderer Autoren hat J. in einem Falle von Mitralinsufficienz, welcher seit mehreren Tagen an Luftmangel und Schlaflosigkeit litt, von 4 g Sulfonal keinen günstigen Erfolg gesehen, vielmehr konstatirte er sogar ungünstige Nebenwirkungen desselben. Die betr. Nacht war eine sehr unruhige und die Pat. wurde ganz besonders von Luftmangel, Herzklopfen und Husten gequält, hingegen erzielte eine Morphiumeinspritzung am folgenden Abend sehr guten Schlaf, Besserung der Dyspnoe und des Hustens.

Es beweist also dieser Fall jedenfalls, wie dies auch schon Schwalbe, Ewald u. A. beobachtet haben, dass bei Anfällen von Cardialasthma die Sulfonalwirkung die durch die Krankheit gegebenen Beschwerden nicht mit der gleichen narkotischen Kraft, wie Morphium, zu überwinden vermag. Dass der Zustand durch das Sulfonal verschlimmert wurde, ist nicht bewiesen, da schon das Ausbleiben des Schlafes mehrere Nächte hindurch schließlich zu subjektiver und objektiver allgemeiner Erregung und Vermehrung der Beschwerden führen konnte. Wenn J. die Vermehrung des Hustenreizes in jener Nacht zugleich gegen die Beobachtungen verwendet, die Ref. an Phthisikern in Bezug auf die Verminderung des Hustenreizes gemacht hat (Berliner klin. Wochenschrift 1888 No. 25), (und die ja, wie Ref. betont, hinter den Wirkungen des Morphiums zurückstehen), so lassen sich dieselben wohl kaum mit der Beobachtung J.'s in Parallele stellen, da es sich ja in J.'s Falle um eine Herzerkrankung handelte, bei welcher der Hustenreiz und die Stauungsbronchitis überhaupt in innigem Zusammenhang mit dem asthmatischen Zustande und der Kompensationsstörung stand und sich, da Sulfonal keinen Schlaf brachte, zugleich mit der Dyspnoe verschlimmerte.

Rosin (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. Sonnabend, den 19. Oktober. 1889.

1. L. v. Udránsky und E. Baumann. Über das Vorkommen von Diaminen, sog. Ptomainen, bei Cystinurie.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIII. Hft. 6. p. 562.)

Im Harn eines an Cystinurie leidenden Pat. wurden bei oft wiederholter Untersuchung, welche sich im Ganzen über 10 Monate erstreckte, neben dem Cystin Diamine und zwar das mit Brieger's Cadaverin und Putrescin identische Penta- und Tetramethylendiamin aufgefunden.

Es wird zunächst die Darstellung der Benzoylverbindungen der Diamine aus dem Cystinharn beschrieben. Wir wollen Folgendes erwähnen: Die Tagesmenge des Harns (ca. 1500 ccm) wurde mit 200 ccm Natronlauge von 10% versetzt und hierauf mit 20 bis 25 ccm Benzoylchlorid so lange geschüttelt, bis der Geruch des letzteren verschwunden war. Es entsteht ein reichlicher Niederschlag, welcher neben den Phosphaten des Harnes die Benzoylverbindungen

der Kohlehydrate und der Hauptmenge der Diamine enthält. Aus dem mit Schwefelsäure übersättigten Filtrate wird durch Schütteln mit Äther außer Benzoesäure der Rest der Benzoylverbindungen der Diamine und des Cystins erhalten.

Aus dem ersten Niederschlage werden die Benzoyldiamine leicht dadurch gewonnen, dass man denselben mit Alkohol digerirt, filtrirt, das Filtrat eindunstet und den Alkoholextrakt in die 30fache Menge kalten Wassers eingießt. Aus der getrübten Flüssigkeit scheiden sich die Diamine beim Stehen als nadelförmige Krystalle ab.

Der Ätherextrakt wird in die zur Neutralisation erforderliche Menge 12%iger Natronlauge eingetragen. Die so erhaltene mehr oder weniger getrübte braune Flüssigkeit wird mit dem 3—4fachen Volumen derselben Natronlauge vermischt und in die Kälte gestellt. Nach 12—24stündigem Stehen werden die Krystalle, welche aus der Natriumverbindung des Benzoylcystins und den Benzoyldiaminen bestehen, abgesaugt. Die beiden Benzoylverbindungen werden durch kaltes Wasser getrennt, in welchem das in der verdünnten Natronlauge unlösliche Benzoylcystin löslich, die Diamine unlöslich sind.

Zur Trennung der Benzoyldiamine löst man das an sich bereits in weißen Nadeln schön krystallisirende Gemenge in dem ausreichenden Volumen warmen Weingeistes und gießt diese Lösung in das 20fache Volumen Äther. Es scheidet sich das bei 175—176° C. schmelzende Benzoyltetramethylendiamin aus; aus dem Filtrat wird das Pentamethylendiamin mit dem Schmelzpunkt 129—130° erhalten.

Diese beiden Verbindungen werden eingehend beschrieben und ihre Identität mit Brieger's Cadaverin nnd Putrescin bestätigt, bezüglich erwiesen.

Die Schwerlöslichkeit dieser Benzoylverbindungen bildet nicht nur eine empfindliche Reaktion auf Diamine, sondern ist auch zu ihrer quantitativen Bestimmung besonders im Harn geeignet.

Die Menge der Benzoylverbindung der Diamine betrug bei dem Pat. mit Cystinurie Anfangs 0,2—0,4 g pro Tag. Es überwog das Pentamethylendiamin erheblich über das Tetramethylendiamin. Bei einer späteren Untersuchung waren die Diamine verschwunden, während die Cystinausscheidung fortbestand und 0,207 g pro Tag betrug.

Die Diamine wurden bisher nur im Harn von Cystinpatienten beobachtet; in Bezug hierauf sind auch die Angaben von Brieger und Stadthagen zu vergleichen.

Die Beobachtungen Brieger's, denen zufolge sich die Diamine bei gewissen Fäulnisprocessen bilden und außerdem in den Kulturen bestimmter Bakterien, wie Cholerabacillen und Finkler-Prior's Vibrio finden, deutete auf eine Beziehung zwischen Diaminurie und Vorgängen im Darmkanal.

In der That fanden sich auch in den Fäces des Cystinpatienten die Diamine und zwar etwa 0,5 g pro Tag. Umgekehrt wie beim Harn war hier die Menge des Tetramethylendiamins größer als die des Pentamethylendiamins. Es erklärt sich dies durch die Beobachtung

von Brieger, dass zuerst die Pentaverbindung in den sich zersetzenden Gemengen entsteht, diese werden im oberen Theile des Darmes resorbirt, während die später gebildete Tetraverbindung im unteren Theile des Darmes nicht mehr zur Resorption gelangt.

Die Untersuchung der normalen Fäces ergab in Bestätigung der Angaben von Brieger ein Fehlen der Diamine. Nach Brieger fanden sich bisher Diamine nur noch in den nach Sperma riechenden Cholerastühlen.

Es scheint hierdurch bewiesen, dass die Bildung der Diamine beim Cystinpatienten — ohne Zweifel durch die Gegenwart von Mikroorganismen — im Darme stattfindet. Um eine gewöhnliche Fäulnis handelt es sich hierbei nicht, die Phenol- und Indolausscheidung war im Harn des betr. Pat. nicht vermehrt. Es ist außerordentlich wahrscheinlich, dass Mikroorganismen besonderer Art als Produkte ihres eigenen Stoffwechsels Diamine auch im Darmrohre des Cystinpatienten produciren.

Auffallend erscheint hierbei, dass dieselben Bakterien sich mindestens ein Jahr, und vielleicht länger, im Darmkanal mit den besonderen Eigenthümlichkeiten ihres Stoffwechsels erhalten können, während wir sonst von anderen pathogenen Bakterien des Darmkanals, Typhus, Cholera etc., das Gegentheil wissen.

Es ist ferner bemerkenswerth, dass die Diamine, welche nach den Beobachtungen von Scheuerlen, Fehleisen und Grawitz stark reizende Eigenschaften haben und nach Brieger wesentlich am Zustandekommen der Choleraerscheinungen betheiligt sind, bei der Cystinurie keine wesentlichen Darmsymptome hervorrufen. Es steht dies wohl mit der Menge der Diamine im Zusammenhang, in so fern als bei der Cystinurie die Säuren der Fäces zur Bindung der Basen ausreichen, während dies bei der Cholera, wie der Spermageruch der Cholerastühle andeutet, nicht der Fall ist.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. E. Voit. Die Glykogenbildung aus Kohlehydraten. (Aus dem physiologischen Institut zu München.)

(Zeitschrift für Biologie Bd. XXV. p. 543.)

Ein Stoffwechselversuch bei der Gans liefert den Beweis, dass das im Organismus gebildete Glykogen mindestens zum größten Theil aus den gefütterten Kohlehydraten entstanden ist. V. ist aber der Ansicht, dass neben der Bildung des Glykogens aus Kohlehydraten die Entstehung aus Eiweißkörpern in ihrem vollen Rechte bestehen bleibe, da dieser Übergang durch mehrfache Versuche sichergestellt sei. Er lässt allerdings die Möglichkeit zu, dass auch für das Eiweiß die Abspaltung von Zuckermolekülen das Bedingende für die Glykogenbildung sei, eine Annahme, für welche viele Momente, zumal die große Zuckerabspaltung aus dem Eiweiß nach Phloridzinfütterung sprechen.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. J. Bouchard. Influence qu'exerce sur la maladie charbonneuse l'inoculation du bacille pyocyanique.

(Compt. rend. de l'acad. des sc. 1889. No. 14. p. 713.)

B. impfte Kaninchen und Meerschweinchen einige Stunden nach vorausgegangener Infektion mit Milzbrand Bacillus pyocyan. ein. Zu den Versuchen herangezogen wurden im Ganzen 26 Kaninchen und 6 Meerschweinchen, die theils mit virulenten Milzbrandkulturen, theils mit Milzbrandblut inficirt wurden. Von diesen 32 Thieren kamen 15 durch, 6 starben an Milzbrand, 11 an anderen Ursachen. Bei den letzteren konnte weder makroskopisch, noch mikroskopisch, noch durch Kulturen, noch durch Überimpfung auf andere Thiere Milzbrandinfektion konstatirt werden. Die geheilten Thiere zeigten keine Immunität gegenüber späteren Inoculationen mit Milzbrandmaterial. E. Levy (Straßburg i/E.).

---

4. Leyden. Über die Prognose der Herzkrankheiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 15, 19—22.)

L. giebt eine ausführliche Darstellung aller der bei der Prognose der Herzkrankheiten in Betracht kommenden Momente, nachdem er Eingangs derselben hervorgehoben, dass unsere Anschauung betreffs der Prognose selber sich wesentlich günstiger gestaltet habe, da genauere Prüfungen ergaben, dass plötzliche Todesfälle, die bei Herzerkrankungen besonders gefürchtet wurden, doch nur selten und zwar nur bei Aorteninsufficienz und Angina pectoris eintraten.

Die weiteren Ausführungen hinsichtlich der Prognose sind nach 3 Gesichtspunkten geordnet: 1) mit Rücksicht auf die allgemeine Disposition und Lebensweise; dabei kommt namentlich in Betracht das Alter, in so weit z. B. junge Kinder Herzkrankheiten schlecht ertragen, während bei älteren die Prognose besser ist, und später Arteriosklerose eine große Rolle spielt; 2) mit Rücksicht auf das Geschlecht, indem das weibliche eine bessere Prognose giebt als das männliche und 3) in Bezug auf Lebensweise und Lebensverhältnisse. Sodann bespricht L. die Herzkrankheiten nach ihren diagnostischen Formen und unterscheidet hierin 3 Gruppen: die anorganischen Herzkrankheiten, die Erkrankungen des Herzmuskels und die Klappenfehler. Die anorganischen Krankheiten, d. h. diejenigen, bei denen jede wirkliche anatomische Erkrankung, nicht bloß an den Klappen, fehlt, geben im Allgemeinen eine viel bessere Prognose, doch tritt die nervöse oder funktionelle Form auch zuweilen unter sehr bedrohlichen Erscheinungen auf. Zudem ist die Unterscheidung zwischen organischen und nicht organischen Herzkrankheiten nicht immer ganz leicht, wie z. B. bei der Angina pectoris, deren auf Veränderung der Coronararterien beruhende Form eine ernste Erkrankung darstellt, während die nervöse, unter denselben Erscheinungen eintretende keine Veränderungen am Herzen nachweisen lässt — bei der Beurtheilung beider kommt namentlich in Betracht Alter und

Geschlecht. Im Anschluss hieran ist die Basedow'sche Krankheit zu nennen, welche zeigt, dass auch nervöse Krankheiten mit Erweiterung des Herzens einhergehen können.

Die Erkrankungen der Herzmuskel sind diagnostisch und prognostisch viel schwieriger zu beurtheilen; L. stellt für sie 3 Gruppen auf: Hypertrophie, Dilatation und Herzschwäche oder Insufficienz des Herzens; alle drei unterscheiden sich scharf, kombiniren sich aber auch und gehen in einander über.

Die Hypertrophie ist an und für sich keine Krankheit, sondern der Ausdruck einer schweren Affektion, welche außerhalb des Herzens, entweder im Arteriensystem oder in den Nieren gelegen ist; je beträchtlicher daher die Hypertrophie, um so bedenklicher die Prognose. Die 2. Form, die der Herzdilatation, stellt die wichtigste Gruppe dar; die Dilatation giebt eine viel ungünstigere Prognose, als die Hypertrophie, da sie die Folge eines gelähmten und geschwächten Zustandes der Herzmuskulatur ist; doch walten dabei Verschiedenheiten ob, denn die schnell entstehenden Dilatationen geben eine bessere Prognose und können rückgängig werden, z. B. die nach akuten Krankheiten, wo sie überhaupt nie erheblich sind, und die durch Überanstrengung eintretenden; dabei handelt es sich aber immer um den linken Ventrikel, während der rechte prognostisch sehr wenig in Betracht kommt. Die chronischen Dilatationen geben eine recht ungünstige Prognose in Bezug auf Besserung und Heilung, und die Erfolge, welche die neueren Methoden in dieser Hinsicht erzielt haben wollen, werden von L. sehr in Zweifel gezogen.

Die 3. Form, die Herzschwäche, kann aus sehr verschiedenen Ursachen hervorgehen; ihre Symptome geben eine verhältnismäßig gute Prognose bei nervösen oder jugendlichen Individuen, bei älteren Männern dagegen stellen sie ein sehr gefährliches Ereignis dar; dasselbe gilt von der akuten Herzschwäche bei fieberhaften Krankheiten. Das sogenannte »Weakened heart« entsteht wieder aus einer Reihe von Zuständen, Fettherz, Anämie, Arteriosklerose und ist desshalb in seiner Prognose abhängig von dem anatomischen Zustande der Herzmuskulatur. Auch die Herzschwäche bei chronischem Herzfehler ist ein übeles Moment. Die Prognose des Fettherzens hängt ab von der vorliegenden Form; sie ist so lange eine günstige, als es sich nur um Fettumlagerungen handelt, wird unsicher, wenn das Fettherz zu erheblicher Dilatation geführt hat, und eine übele, wenn organische Veränderungen damit verbunden sind. Bei fettiger Degeneration ist die Prognose immer ernst, aber keineswegs stets eine schlechte.

In Bezug auf die Prognose der Klappenfehler ist es unzweifelhaft, dass Klappenfehler heilen können, namentlich die Insufficienz der Mitralis, besonders nach Chorea; bei Insufficienz der Aorta dagegen werden Heilungen viel seltener beobachtet. Wohl aber kann das Stadium der vollständigen Kompensation von Klappenfehlern längere Zeit bestehen, und dann sind für die Prognose eine Reihe von Ge-

sichtspunkten maßgebend. Unter den Erkrankungen der Klappen giebt die Insufficienz der Aortenklappen im Großen und Ganzen die ungünstigste Prognose, namentlich die ausgebreitete Insufficienz in Verbindung mit Arteriosklerose; die Prognose ist um so günstiger, je geringer die Dilatation des linken Ventrikels ist. Von den anderen Formen giebt die Mitralstenose eine ziemlich ungünstige Prognose, während die Insufficienz der Mitralis als leichteste Erkrankung der Art zu betrachten ist. Der Intensität der Geräusche ist die Prognose umgekehrt proportional; laute distinkte Geräusche geben eine günstigere Prognose, als leise, unbestimmte. Eine große Rolle spielt auch die Ätiologie; in einer Reihe von Fällen, z. B. bei den angeborenen Herzfehlern, ist der Process, der die Erkrankung bedingt hat, als abgelaufen zu betrachten, und die Prognose ist desshalb, wenn keine besonderen Störungen bestehen, als günstig anzusehen. Bei Herzfehlern nach Gelenkrheumatismus wird dagegen die Prognose durch die Gefahr eines Recidivs geschmälert; günstiger stellt sie sich in den Fällen, welche von anderen, nur einmal den Menschen befallenden Krankheiten herrühren.

Zu den progressiven Formen von Klappenveränderungen gehören diejenigen, welche durch Arteriosklerose und durch Überanstrengungen bedingt sind. Die septische Endocarditis endlich gehört zu den bösartigen Formen und bietet eine ungünstige Prognose. Doch kommt dabei noch in Betracht die Konstitution und der Zustand der Herzmuskulatur.

Markwald (Gießen).

---

5. J. Schreiber. Über die diätetische Behandlung des chronischen Morbus Brightii.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 23.)

In einer Reihe von Experimenten am gesunden und am nierenkranken Menschen unter den verschiedensten Bedingungen versucht S. die Frage zu erledigen, ob Brighthiker mit eiweißreicher oder eiweißarmer Kost zu ernähren seien? eine Frage, die bekanntlich von Senator, vor Allem aber von Semmola in letzterem Sinne beantwortet wird. Nach seinen Versuchen scheint es, als ob der von Senator u. A. behauptete schädliche Einfluss eiweißreicher Kost bei Nichtalbuminurischen ein durchaus negativer sei. Der Genuss größerer Quantitäten roher Hühnereier neben gemischter an sich bereits stickstoffhaltiger, selbst stickstoffreicher Kost führte weder bei Gesunden noch bei zu Albuminurie disponirten Individuen zur Albuminurie; bei Gesunden nicht einmal in ausschließlicher Nahrungsform.

Eben so wenig führte die so gesteigerte stickstroffreiche Nahrung, gleichviel ob coagulirtes oder flüssiges Hühnereiweiß der gemischten Kost hinzugefügt worden, bei Brighthikern zur Vermehrung der Eiweißausscheidung im Harn, wohl aber wurde letztere durch sie öfter vermindert.

Zwei Arbeiten aus Leyden's Klinik führt Verf. zum Beweis an,

dass die von **Semmola** geforderte Milchdiät den Eiweißgehalt des Harns in einem bestimmten Sinne **nicht** beeinflusst.

Er meint demnach, die Diät für die chronischen Nierenkranken sei von dem Gesichtspunkte aus, dass der Morbus **Brighti** ein die Körperkräfte allmählich und meist stetig konsumirendes Leiden darstellt, auf breitester Basis anzulegen; die Diätformen müssten je nach Bedürfnis und Nothwendigkeit, nicht aber in dem unberechtigt ausschließlich ängstlichen Bestreben, die Eiweißverluste im Harn zu ersetzen, gewechselt oder kombinirt werden. G. Sticker (Köln).

---

6. Robin. Sur le traitement du diabète.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 24 ff.)

Der Verf. hat interessante Stoffwechselversuche an Diabeteskranken angestellt, indem er die chemischen Bestandtheile des Urins derselben genauer untersuchte und den Einfluss verschiedener Mittel auf das Verhalten des Harns prüfte. Er kommt nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen (cf. Original) zu folgenden Schlüssen:

Die biologische Chemie beweist, dass beim Diabetiker nicht nur eine Erhöhung aller einzelnen Vorgänge der allgemeinen Ernährung vorhanden ist, sondern auch eine besondere vermehrte Thätigkeit einzelner Organe, hauptsächlich der Leber und des Nervensystems. Es muss daher die unleugbare Thatsache der erhöhten Thätigkeit der allgemeinen Ernährung und der Leberzelle, welche durch eine direkte oder reflektorische Nervenreizung hervorgebracht wird, der Ausgangspunkt für die Therapie des Diabetes sein. Im Voraus kann man versichern, dass jedes Heilmittel, welches durch irgend einen Vorgang die allgemeinen Veränderungen, so wie die des Nervensystems verlangsamt, sicher die Glykosurie verringert. Jedoch wird ein Mittel nur dann Aussicht auf Erfolg beim Diabetes haben, wenn es die Allgemeinänderungen durch Vermittelung seines primären Einflusses aufs Nervensystem verlangsamt und wenn es auf die Funktionen dieses Systems eine nicht zu energisch hemmende Wirkung ausübt. Die therapeutischen Mittel, welche die Ernährung hemmen, müssen von vorn herein verbannt werden. Klinisch wie experimentell ist bewiesen, dass sie kein günstiges Ergebnis haben.

Die therapeutischen Indikationen des Diabetes können in folgender Weise aufgestellt werden:

1) Man muss dem Organismus durch geeignete Diät die Stoffe zur Zuckerbildung entziehen und die Leberzellen ihrer funktionellen Reizmittel berauben.

2) Man muss die Ausscheidung assimilirter Stoffe und die Bildung des Glykogens mit Hilfe von therapeutischen Mitteln hemmen, die die chemischen Vorgänge des organischen Lebens durch Vermittelung ihrer primären Wirkung aufs Nervensystem herabsetzen.

G. Meyer (Berlin).

---

7. G. Cornet. Die Prophylaxis der Tuberkulose.
(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 12.)

C. sucht aus der Lehre von der Infektiosität der Tuberkulose durch den Koch'schen Bacillus, gestützt auf eigene Untersuchungen, mit Entschiedenheit die praktischen Konsequenzen zu ziehen. Diese anderweitig publicirten (Archiv für Hygiene Bd. V) Untersuchungen haben ergeben, dass der Tuberkelbacillus nicht ubiquitär ist, sondern sich in dem auf dem Boden, an den Wänden, Bettstellen etc. niedergefallenen Staub nur solcher Lokalitäten vorfindet, wo Phthisiker längere Zeit sich aufgehalten haben und der tuberkulöse Auswurf durch Ausspeien auf den Boden, ins Taschentuch etc. Gelegenheit hatte zu verstäuben. Unter 147 untersuchten Orten fand sich bei 40 Staub mit Tuberkelbacillen. Krankensäle (chirurgische Klinik), selbst solche, die mit Phthisikern belegt waren, waren frei von Tuberkelbacillen, wenn dafür gesorgt war, dass der Auswurf nur in den Spucknapf befördert wurde. Dagegen fanden sich Tuberkelbacillen im Staube von Wohnzimmern — auch in einem Hôtelzimmer —, wo Phthisiker zeitweise auf den Boden oder ins Taschentuch gespuckt hatten. Der Staub im Freien, selbst auf den Straßen, erwies sich frei von Tuberkelbacillen. Die Exspirationsluft von Phthisikern ist sicher frei von Tuberkelbacillen, eben so wenig kann jemals ein Luftstrom über feuchtem Sputum Bacillen mitführen. Die Infektionsgefahr der Tuberkulose wird im Allgemeinen vermindert durch die geringe Lebenszähigkeit des Tuberkelbacillus besonders gegenüber Fäulnisbakterien, durch sein langsames Wachsthum und durch die Beschaffenheit der Athmungswege. Die Hauptinfektionsgefahr droht von dem vertrockneten und verstäubten Sputum Tuberkulöser. Es ist demnach Aufgabe der Prophylaxe das Sputum so zu beseitigen, dass es nicht vertrocknen und verstäuben kann. Zu diesem Zwecke muss stets darauf gehalten werden, dass jeglicher Auswurf in ein Spuckgefäß entleert wird. Am besten sind solche mit Deckel, weil sie auch die Verschleppung durch Fliegen verhindern. Sonst darf der Spucknapf nicht mit trockenem Material (Sand, Sägespänen u. dgl.) gefüllt sein, sondern er muss entweder leer oder mit einer geringen Schicht Wasser gefüllt sein. Eine desinficirende Flüssigkeit ist im Allgemeinen überflüssig, am meisten zu empfehlen ist schwefelsaure Karbolsäure (5%ige Karbolsäure mit Zusatz von Schwefelsäure 5 : 1000).

Wichtig ist, dass überall Spucknäpfe in großer Zahl und leicht zugänglich aufgestellt sind. Jede Berührung mit dem Munde eines Phthisikers oder mit einem Gegenstand, der an den Mund eines Phthisikers gekommen ist, muss vermieden und diese Gegenstände, z. B. Kehlkopfspiegel, eventuell sorgfältig mit heißem Wasser desinficirt werden. Für die Desinfektion der Wände, Betten etc. gelten dieselben Vorschriften wie bei anderen Infektionskrankheiten. Krankenanstalten für Schwindsüchtige sind durchaus zu empfehlen, weil bei genügender Sorgfalt der Schwindsüchtige für seine Umge-

bung durchaus ungefährlich ist. Jedenfalls glaubt C., dass es durch eine energische Prophylaxe, die ja einfach und leicht ausführbar ist, möglich wäre, die Verbreitung der Tuberkulose erheblich zu vermindern.

Kayser (Breslau).

---

8. R. O'Callaghan. The treatment of tubercular peritonitis by abdominal section, and flushing out without drainage.

(Dublin journ. med. science 1889. Juni.)

Verf. empfiehlt dringend die Eröffnung und Auswaschung der Peritonealhöhle bei tuberkulöser Peritonitis. Er weist auf die bekannten Erfahrungen hin, die von mehreren Seiten gemacht worden sind und zeigen, dass öfters auf Grund einer falschen Diagnose (Ovarientumoren etc.) die Bauchhöhle eröffnet und nach Erkenntnis der tuberkulösen Peritonitis wieder geschlossen wurde und dass nachher allem Anschein nach völlige Heilung eintrat. Er selbst theilt folgenden Fall mit.

Ein 15jähriger Knabe wurde im Juni 1888 in das unter Leitung des Verf.s stehende Hospital aufgenommen. Er war stark abgemagert, hatte dunkle Ringe um die Augen, rothe Flecke auf den Backen, war kurzathmig; der Leib war stark und gleichmäßig aufgetrieben, auf Druck empfindlich. Häufig Kolikschmerzen und Erbrechen, Verstopfung. Die genannten Beschwerden datirten seit etwa 1 Monat und wurden von dem Kranken auf einen Stoß gegen den Leib zurückgeführt. Schon nach kurzer Zeit wurde Pat. noch elender und bekam Durchfälle. Bei der Hoffnungslosigkeit anderer Behandlung entschloss Verf. sich, nachdem er die Diagnose Peritonitis tuberculosa gestellt, zur Laparotomie. Es wurde in der Mittellinie unterhalb des Nabels eine kleine Incision gemacht; eine größere Quantität leicht getrübter Flüssigkeit floss aus. Mit dem eingeführten Finger fühlte man zahlreiche kleine Knötchen wie Hirsekörner; dieselben sah man, wenn man die Wundränder umkrempte. Verf. ließ nun warmes Wasser so lange einlaufen, bis es ganz klar wieder herauskam, schloss dann die Wunde und verband sie antiseptisch. Mit Ausnahme von leichter Temperaturerhöhung am 3. Tage, vorübergehendem Erbrechen und Tympanites trat rasche Heilung ein. In der 3. Woche nach der Operation stand Pat. auf und bekam regen Appetit, der seitdem anhielt. Pat. wollte im Februar 1889 England verlassen; er war nach jeder Richtung wohl, hatte nicht das leiseste Symptom von Krankheit mehr.

Seit der Veröffentlichung des vorstehenden Krankheitsfalles hatte Verf. noch einen gleichen mit günstigem Ausgang beobachtet.

Verf. empfiehlt generell die Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt weit mehr als durch Punktion mit dem Trokar, auch zu rein diagnostischen Zwecken. Auch in Fällen von einfachem Ascites ist dieses Verfahren vorzuziehen; mitunter ist hinterher Heilung zu beobachten. Selbst bei Anwesenheit maligner Tumoren ist dies zuweilen der Fall (?).

Küssner (Halle).

Kasuistische Mittheilungen.

9. U. Gabbi (Florenz). Sopra un caso di tonsillite follicolare acuta infettiva. Contributo allo studio delle rare localizzazioni del virus pneumonico (microbio capsulato del Fraenkel).

(Sperimentale 1889. April.)

Mit der Arbeit G.'s ist die Frage aufgeworfen: ist der Pneumoniecoccus der (oder wenigstens ein) Erreger der infektiösen Angina follicularis.

In einem typischen Falle von schwerer Angina follicularis mit Milzschwellung und leichter Albuminurie, aber ohne sonstige Erkrankung, konnte G. in dem Exsudate der noch geschlossenen Tonsillarfollikel als ausschließlichen bakteriologischen Befund den A. Fraenkel'schen Pneumoniecoccus konstatiren; die Identität wurde durch die mikroskopische Untersuchung, durch die Kultur und das Thierexperiment sichergestellt. Das Exsudat wurde zur Untersuchung entnommen, indem G., nach Auswaschung des Mundes mit Borsäurelösung, in die Follikel mit sterilisirter Hohlnadel einstieß. Bei bereits exulcerirten Follikeln fand G. außer jenem Organismus noch den Staphylococcus pyogenes aureus (der neben dem albus schon früher von B. Fränkel bei dieser Affektion gefunden[1]), so wie den Proteus vulgaris.

G. neigt nun sehr dazu, den Pneumoniecoccus als Erreger der Angina in seinem Falle anzusprechen, während er den Staphylococcus pyogenes aureus, wohl mit Recht, nur als sekundär invadirt auffasst. Er weist darauf hin, dass sehr Vieles für diese Auffassung spricht. Erstens die Entstehung in Folge einer Erkältung, nachdem Pat. den Löffel ihrer vorher am Halse erkrankten Schwester benutzt; sodann der klinische Verlauf — Beginn mit einem Schüttelfrost, Ende am 7. Tage mit einem kritischen Fieberabfall: ferner die von Cornil so wie Netter konstatirte Häufigkeit von Tonsillitis bei Pneumonie, mit Kapselkokken im Tonsillenexsudate; endlich die Thatsache, dass der Pneumoniecoccus in den noch nicht aufgebrochenen Follikeln den ausschließlichen Bakterienbefund darstellt. **A. Freudenberg** (Berlin).

10. J. A. Lindsay. Haemorrhage from the bowel in typhoid fever.

(Dublin journ. med. sc. 1889. April.)

Verf. bespricht die Ansichten der verschiedenen Autoren über Auftreten und Bedeutung von Darmblutungen beim Typhoid und theilt zwei selbst beobachtete Fälle mit, in welchen die Darmblutungen einen sichtlich steigernden Einfluss auf die ohnehin schon schweren Erscheinungen hatten. Der eine Fall, in welchem wiederholte reichliche Darmblutungen kamen, genas; der andere, in welchem nur eine mäßige Blutung erfolgte, ging zu Grunde. Im Ganzen beobachtete Verf. im Royal Hospital zu Belfast während des letzten Jahres 30 Fälle von Typhoid, worunter bei 6 Darmblutungen auftraten — eine sehr hohe Procentzahl; 2 von diesen starben. Die anderen 24, bei denen keine Blutungen aus dem Darmkanale erfolgten, genasen sämmtlich. Der früheste Zeitpunkt, an welchem eine Darmblutung eintrat, war (1mal) der 14. Tag; in 3 anderen Fällen der 19. oder 20., in den letzten 2 Fällen die 9. resp. 10. Woche! Im Ganzen gestaltete sich die Prognose um so ernster, je später die Blutung erfolgte. Was die Behandlung anbetrifft, so hatte Verf. von der Darreichung des Terpentinöls einen günstigen Eindruck; namentlich aber empfiehlt er dringend Opium in großen Dosen. **Küssner** (Halle).

11. Trumbull (Valparaiso). A case of acute ulcerative endocarditis limited to the tricuspid valve, with autopsy.

(Med. record 1889. Januar 26.)

Ein kräftiger Schiffsofficier erkrankte auf See unter typhösen Erscheinungen. Am 9. Tage der Krankheit kam er an Land und man fand nun bei der Untersuchung

---

[1] Vgl. d. Centralbl. 1886. p. 717.

außer unregelmäßigem Fieber die Zeichen einer geringen Flüssigkeitsansammlung in beiden Brusthöhlen, Leber- und Milzschwellung. Die Herzfigur war normal. Über der Pulmonalis hörte man ein schwaches systolisches Geräusch; im Übrigen waren die Herztöne normal. Im weiteren Verlaufe kam es zu Schüttelfrösten, Cyanose, Fußödemen, Purpuraflecken an den Beinen. Der Tod trat am 19. Tage der Krankheit ein.

Die Sektion ergab: Beiderseits blutig gefärbtes pleuritisches Exsudat. Im rechten Unterlappen Eiterherde. Herz nicht vergrößert. Wände der Ventrikel von normaler Stärke. Auf der Vorhofseite der Tricuspidalklappe starke, zum Theil vereiterte Vegetationen.

Die Ätiologie des Falles ist dunkel. Ein primärer Eiterherd wurde trotz sorgfältigen Suchens nicht gefunden. Auch Tripper, der bisweilen zu Endocarditis führt, war nicht vorhanden. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

12. **H. Biggs** (New York). Some observations on aortic aneurisms, with a report of thirty-four cases. With autopsies.

(Amer. journ. of the med. sc. 1889. März.)

Die mitgetheilten Beobachtungen sind das Ergebnis von 34 Autopsien, welche fast sämmtlich innerhalb 18 Monaten ausgeführt wurden und ein Aneurysma ergaben; nur in den wenigsten Fällen war eine Diagnose zu Lebzeiten möglich gewesen. Unter diesen 34 Fällen finden wir 30mal fusiforme oder sackförmige Erweiterung der Aorta, 2mal Aneurysma dissecans und 2mal einfache Ruptur der Aorta; von den 30 einfachen Aneurysmen ist 26mal der Arcus Aortae und die Aorta thoracica betroffen, 4mal die Aorta abdominalis. In 5 Fällen sind die Aneurysmen multipel, und zwar 2mal ein fusiformes und sackförmiges zugleich, in dem 3. Falle sehen wir 2, im 4. Falle 5 sackförmige Aneurysmen; im 5. Falle fand sich ein doppeltes sackförmiges Aneurysma am Arcus aortae, ein spindelförmiges und beginnendes sackförmiges im aufsteigenden Theil, ein spindelförmiges und ausgebildet sackförmiges im absteigenden Theil. Einfache spindelförmige Aneurysmen der Aorta fanden sich nur 3mal. Was den Ausgang der Aneurysmen anlangt, so zeigte die Sektion 16mal eine Ruptur innerhalb des Pericard, 2mal in den linken Pleuraraum, 2mal in den rechten, je 1mal in den Ösophagus, linken Hauptbronchus etc. und 3mal in die Peritonealhöhle. 3mal war der Tod aus anderen Ursachen erfolgt. Das Durchschnittsalter der Secirten ist $44^1/_3$ Jahre; das höchste Alter ist 68, das niedrigste 26 Jahre; nur 7 Personen weiblichen Geschlechts finden wir unter den 34. Während die Personen weiblichen Geschlechts als Dienstboten ihr Brot verdient hatten, figuriren unter den 27 männlichen Personen nur 6 Leute mit schweren Arbeiten, 6mal sind es Kaufleute oder Leute der besseren Kreise. In 5 Fällen fanden sich markante Syphiliszeichen bei der Autopsie; 6 Leute waren starke Trinker; bei den übrigen ließ sich keine genaue Krankheitsgeschichte eruiren. In einigen Fällen waren vor der tödlichen Ruptur mehrfache Attacken von Hämoptoe beobachtet worden, so dass man Verdacht auf Tuberculosis pulmonum hegte; in 11 Fällen trat der Tod plötzlich ein ohne vorhergehende Symptome, die Leute fielen auf der Straße oder bei der Arbeit todt um; andere fand man todt im Bett. Es will B. scheinen, dass überhaupt die Rupturen der Aneurysmen nicht so eng an körperliche Anstrengungen gebunden sind, als gewöhnlich gelehrt wird. In den beiden Fällen von Ruptur der Aorta ohne Aneurysma ist zunächst eine Frau befallen, die an tuberkulöser Peritonitis litt: die Rupturstelle liegt $1^1/_2$ Zoll oberhalb der Aortaklappen; die Intima und Media waren verändert, die äußere unveränderte Haut der Aorta war zerrissen; der Tod war eingetreten, als die Pat. wegen ihrer Peritonitis moribund war. Der zweite Fall betraf einen Eisenarbeiter, welcher nach der Arbeit die Treppe hinaufging: auch hier lag die Rupturstelle, welche quergestellt war, 1 Zoll über den Aortenklappen; daselbst scheinen die Wände nur etwas dünn, kaum Spuren von Sklerose waren bemerkbar. Aus seinen Beobachtungen zieht B. den Schluss, dass die Aortenaneurysmen viel häufiger sind als man bisher annimmt, dass Rupturen der Aorta eine der häufigsten Ursachen für plötzliche Todesfälle ohne vorhergehende Symptome bilden, dass ungemein

häufig die Aortenaneurysmen gar keine oder wenigstens nur unbestimmte Symptome geben und dass die Syphilis als der erste Faktor in der Entstehung der Aneurysmen zu gelten habe. **Prior** (Bonn).

13. J. S. Ely (New York). Aneurysm of the arch of the aorta: sudden death without rupture of the sac.

(Med. record 1889. Januar 26.)

Eine 55jährige Frau hatte seit 6 Jahren bisweilen Fußödeme. Erst in den letzten Monaten vor dem Tode traten Athemnoth bei körperlicher Anstrengung, Husten und Schluckbeschwerden ein. Bei der Aufnahme fand man oberhalb des rechten Sternoclaviculargelenkes einen weichen, pulsirenden, hühnereigroßen Tumor. Die Carotiden und Radiales schlugen beiderseits gleichmäßig. Außerdem bestand Arteriosklerose und rechtsseitige Recurrenslähmung. Ohne dass eine weitere Verschlimmerung eingetreten wäre, fand man die Kranke eines Nachts todt in ihrem Bette, nachdem sie kurz vorher im Schlafe aus demselben herausgefallen war, ohne merklichen Schaden zu nehmen. Bei der Sektion ergab sich, dass der Aneurysmasack von der Umbiegungsstelle der Aorta ascendens ausging. Die Anonyma verlief in der hinteren Wand des Sackes. Der rechte Vagus war mit dem Aneurysma verwachsen; Phrenicus und Recurrens waren komprimirt. Das Herz zeigte geringe Hypertrophie, aber keine Veränderungen an den Klappen. In den Arterienstämmen waren atheromatöse Stellen. Eine Ruptur oder eine sonstige deutliche Todesursache war nicht zu finden. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

14. Kisch (Prag-Marienbad). Über Herzarhythmie der Fettleibigen.

(Prager med. Wochenschrift 1889. No. 21.)

Bei der Untersuchung sehr zahlreicher Individuen mit »Mastfettherz« lenkte Verf. seine Aufmerksamkeit besonders auf den Rhythmus der Herzthätigkeit. Im Ganzen konnte Verf. bei Fettleibigen keineswegs häufig (etwa in 8% der Fälle) Arhythmie konstatiren. Bei jugendlichen Fettleibigen fand sich dieser Zustand sehr selten, es kamen in solchen Fällen meist nur geringe Grade derselben, und zwar als Herzintermittenz, zur Beobachtung, die allerdings auch subjektiv empfunden wird und Anlass zu Angstgefühlen giebt. Die Mehrzahl der Fälle mit arhythmischer Herzthätigkeit betraf über 50 Jahre alte Personen; bei diesen waren Zeichen der Herzinsufficienz die Regel, die sich auch durch entsprechende Beschwerden kund gab; die höchsten Grade der Irregularität, »Delirium cordis«, waren stets mit schweren Symptomen von Herzschwäche verbunden. Prognostisch am günstigsten ist die Pulsintermittenz aufzufassen, während ausgeprägte Irregularität als Symptom vorgeschrittener Degeneration des Herzmuskels eine höchst ungünstige Prognose giebt. **E. Schütz** (Prag).

15. v. Brunn. Über einen Fall von Echinococcus der Lunge.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

Der vorliegende Fall, der einen Kollegen betrifft, ist dadurch interessant, dass es sich um einen primären Lungenechinococcus in den oberen Partien der Lunge handelte, und dass die gewöhnlich symptomlos verlaufende Einwanderung der Echinococcusembryonen unter sehr stürmischen Erscheinungen stattfand. Diese letzteren bestanden in einer unter dem deutlich ausgesprochenen Bilde einer krupösen Pneumonie auftretenden Entzündung der Lunge. Diese reaktive Entzündung des Lungengewebes mag wohl einen schützenden Wall gegen das weitere Vordringen des Echinococcus im Gesammtorganismus und ein Hemmnis für die weitere Entwicklung des Echinococcus an Ort und Stelle gebildet haben.

Seifert (Würzburg).

16. Löbker. Über den subphrenischen Echinococcus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

Bei einer 33jährigen Frau entwickelte sich unter erheblichen Beschwerden eine Geschwulst im rechtsseitigen Hypochondrium und im Epigastrium, die zu starker

Verbreiterung der unteren Thoraxapertur geführt hatte. Außerdem bestand noch eine floride Peritonitis. Das eigenthümliche Verhalten der unteren Thoraxapertur, der charakteristische Verlauf der oberen Dämpfungsgrenze und die Art der Resistenz der Geschwulst, welche auf die Leber bezogen werden musste, deuteten auf den subphrenischen Sitz der Geschwulst hin. Nur an einer kleinen Stelle im Epigastrium zwischen dem Proc. xiphoides und dem linken Rippenbogen war deutliche Fluktuation vorhanden, hier waren auch besonders heftige Schmerzen. Die Probepunktion an dieser Stelle ergab gelblichen Eiter mit zahlreichen Eiterkörperchen und Detritus, aber keine Haken. Die Diagnose lautete: subphrenisch gelegener, abgestorbener und vereiterter Echinococcus hepatis; sekundäre allgemeine Peritonitis.

Die Operation wurde nach dem von Landau vorgeschlagenen Verfahren: Eröffnung des Echinococcus vom Abdomen aus unter Dislocirung der Leber ausgeführt und nach Eröffnung der Cyste (durch eine $1^{1}/_{2}$ cm starke bedeckende Leberschicht dringend) eine große Menge eitriger mit zahlreichen kleinen und großen Blasen untermischte Flüssigkeit entleert.

Die Kranke konnte nach 4 Wochen geheilt entlassen werden.

Seifert (Würzburg).

17. **A. S. Lawrence-Burke** (Dublin). Splenectomy in a case of tuberculosis of the spleen.

(Dublin journ. med. sc. 1889. Juni.)

Ganz kurz mitgetheilter Fall von Exstirpation einer tuberkulösen Milz. Eine 27jährige Frau hatte 5 Monate nach ihrer Entbindung eine schmerzhafte Geschwulst in der linken Leibeshälfte bemerkt, welche langsam wuchs; es hatte sich Anämie ausgebildet, welche durch Eisen und Chinin günstig beeinflusst wurde. Da aber die Schmerzen anhielten, die Geschwulst wuchs, entschloss man sich zur Exstirpation derselben, nachdem man als ihren wahrscheinlichen Ausgangspunkt die Milz festgestellt hatte. Die Geschwulst war groß, flach, höckerig, lag im linken Hypochondrium. Die Operation ging, nach Anlegung einer Incisionswunde von 8 Zoll Länge, glatt vor sich; Pat. hatte aber gleich darauf sehr starke Pulsbeschleunigung und Schmerzen im Leibe. Am nächsten Tage Fortdauer der Pulsbeschleunigung (125—140), hohe Temperatur, frequente Respiration, Collaps, Tod. Die Sektion durfte nicht gemacht werden. Die exstirpirte Milz erwies sich in der That als tuberkulös, wog 3 Pfund; die Dimensionen waren 10,7 und $2^{1}/_{2}$ Zoll.

Küssner (Halle).

18. **E. Kaufmann** (Breslau). Über den Verschluss der Arteria mesaraica superior durch Embolie.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 353.)

Verf. beobachtete 2 einschlägige Fälle. Der erste führte zu vollständiger Nekrose der betreffenden Darmabschnitte, der zweite nur zur Infarcirung und Hämorrhagie. Beide Fälle verliefen klinisch sehr unklar, so dass eine richtige Diagnose nicht zu stellen war; es war nur ein Theil der von Kussmaul aufgestellten Merkmale vorhanden, während andere Symptome — im ersten Falle Kothbrechen und Peritonitis, im zweiten eine gleichzeitige Encephalomalacie — im Vordergrund standen. Durch die Sektion ließ sich die Embolie, so wie der Ursprung derselben nachweisen. Im ersten Falle war nur der Hauptast, im zweiten der Stamm der Arterie verstopft. Auch hier hatten also die kollateralen Arterien nicht genügt, die befallenen Partien zu versorgen, die Arterie war also funktionell als Endarterie zu betrachten.

Hansemann (Berlin).

19. **A. Bauer** (Alcsuth). Zwei Fälle von Lyssa.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 22.)

Ein 17jähriger Bursche und eine 45jährige Frau werden an zwei auf einander folgenden Tagen an zwei 14 km von einander entfernten Orten von einem wüthenden Hunde in die Hand resp. das Sprunggelenk gebissen. Aus der sehr genauen

Schilderung des Krankheitsverlaufes der beiden Fälle ist zu entnehmen, dass die Incubationszeit 23 resp. 69 Tage, die Krankheitsdauer bis zum Exitus letalis je 4 Tage dauerte. Anfangssymptome Kopfschmerz und Appetitlosigkeit, im zweiten Mattigkeit und Schmerz im Oberschenkel des verletzten Beines. Inspirations- und Schlingkrämpfe in beiden Fällen, zu Tobsuchtsanfällen kam es nur in dem ersten Falle. Im zweiten wurde besonders stark über Druck in der Brust geklagt, Wasserscheu fehlte in beiden Fällen, Flüssigkeit resp. Stückchen Apfel wurden noch zuletzt, wenn auch mit großer Anstrengung, hinuntergebracht. Unruhe, erhöhte Reflexerregbarkeit in beiden Fällen, der reichliche Speichel konnte nicht geschluckt werden und wurde daher ausgespuckt resp. mit einem Tuche beständig abgewischt. B. bezieht (nach Pasteur) die Verschiedenheiten im Verlaufe beider Fälle auf die verschiedenen Impfstellen des Giftes: im ersten näher dem Gehirne; im zweiten mit der längeren Incubation entwickelte sich das Gift hauptsächlich im Rückenmarke. **K. Bettelheim** (Wien).

20. **A. Wassermann.** Über die Wirkung des Sulfonals.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1888.

Verf. berichtet über die mit dem Sulfonal auf der Straßburger medic. Klinik erlangten Resultate.

Die Wirkung des Mittels als eines Hypnoticum betreffend, so war der Effekt durchaus unsicher bei allen Affektionen, bei denen die Schlaflosigkeit die Folge peripherer sensibler Reize, Husten, Schmerz war. Bei dyspnoischen Zuständen wirkte es etwas besser, wenn auch nicht so gut, wie Morphium und Chloral, doch könnte es hier immerhin wegen seiner Unschädlichkeit auf Cirkulations- und Respirationssystem Verwendung finden. Gut war der Effekt bei central bedingter Schlaflosigkeit mit Erscheinungen gesteigerter Erregbarkeit des Centralnervensystems. Nach 1,0, sicher nach 2,0 erfolgte 9—10stündiger ruhiger, tiefer Schlaf ohne üble Nebenwirkungen.

Ferner wurde das Sulfonal bei Excitationszuständen verschiedener Art als Sedativum verwendet. In kleinen, in Zwischenräumen verabfolgten Dosen konnte man beruhigende Wirkungen, ähnlich wie nach Brompräparaten, erzielen.

Endlich wurde das Sulfonol auch bei Epilepsie, hier ohne sichtlichen Erfolg, gegeben. **Leubuscher** (Jena).

21. **Böttrich (Hagen).** Therapeutische Mittheilungen.

(Therapeutische Monatshefte 1889. März.)

B. warnt vor den empfohlenen Liq. ferri-Inhalationen bei Hämoptoe, so wie vor zu früher Aufnahme einer Kreosottherapie nach Hämoptoe, da er danach Neuauslösung der Lungenblutung beobachtet. Er empfiehlt Hydrastis bei habituellem Nasenbluten. Vom Sulfonal hat er beobachtet, dass es gegen die Nachtschweiße der Phthisiker außerordentlich wirksam ist (schon in Dosen von 0,5).

A. Freudenberg (Berlin).

22. **E. Malachowski (Breslau).** Beitrag zur Kenntnis der Nebenwirkungen des Jod (Jodkali).

(Therapeutische Monatshefte 1889. April. p. 162.)

1) Parästhesien nach Jodkali. Ein »durch vieles Arbeiten und erhebliche psychische Aufregungen ziemlich nervös gewordener« Mediciner nimmt wegen Luesrecidiven (Gumma am Kopfe) Jodkali in Dosen von 2,0 pro die. Nachdem die Arznei eine Woche ohne Nebenwirkungen gebraucht, stellt sich, von Tag zu Tag stärker werdend, ein ununterbrochenes Gefühl von Kribbeln und »Ameisenlaufen« ein, das, in beiden Fußsohlen anfangend, in kurzer Zeit bis fast an die Knie sich erstreckt. Bewegungen milderten, horizontale Lage beseitigte das Gefühl, welches aber in wenigen Minuten wiederkehrte, sobald die Beine herunterhingen. Bei längerem Sitzen in der Nacht gesellte sich dazu nervöse Unruhe des ganzen Körpers, namentlich Zuckungen der Schulter-, Arm- und Brustmuskeln. Sonstige Symptome von Jodismus fehlten. Aussetzen des Jodkali bewirkte innerhalb 12 Stunden Milderung und nach 36 Stunden Aufhören der Parästhesien. —

2) und 3) Zwei Fälle von Fieberbewegungen mit Temperaturen zwischen 39 und 40 resp. 42 nach 2tägigem Gebrauch von 1,0 Jodkali pro die, resp. 4tägigem Gebrauch von 1,5 pro die. Sonstige Symptome von Jodismus oder irgend welche Erscheinungen, auf welche das Fieber zu beziehen, fehlten. Aussetzen des Jodkali bewirkte sofortiges Absinken des Fiebers und Erreichung der Norm innerhalb weniger Tage. Erneute Darreichung von Jodkali in dem einen Falle erzeugte kein Fieber. **A. Freudenberg** (Berlin).

23. **Bristowe.** On recovery from idiopathic cerebro-spinal meningitis.

(Brain 1888. Juli.)

Drei Fälle sporadischer Cerebrospinalmeningitis, von denen zwei in Genesung übergingen, einer tödlich endete, wobei die Sektion die Diagnose bestätigte. An der Richtigkeit der letzteren auch in den zwei günstig verlaufenen Fällen kann nach der ausführlichen Krankengeschichte kein Zweifel sein. **Tuczek** (Marburg).

24. **O. Ullmann.** Über Rückenmarksabscess.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. p. 39.)

Bei einem 27 Jahre alten, bisher gesunden Schneider stellt sich plötzlich unter starkem Brennen in der Harnröhre Harndrang und Harnverhaltung ein. Ob vorher oder zugleich eitriger Ausfluss bestanden hat, ist nicht zu eruiren. Nach ca. 2 Wochen entwickelt sich innerhalb 2 Tagen eine vollständige Paraplegie der unteren Extremitäten. Status einen Monat später bei der Aufnahme in die Züricher Klinik: Geringe Nackensteifigkeit, Kopf nach vorn nur unter Schmerzen beweglich. Beim Aufsitzen Schmerz in der Wirbelsäule. Lendenwirbel auf Beklopfen empfindlich. In der linken Natesgegend handtellergroßer Decubitus. Athmungstypus costal. Blase stark gefüllt. Absolute Harnverhaltung, geringe Incontinentia alvi. Völlige Lähmung und Empfindungslosigkeit der unteren Extremitäten. Die anästhetische Zone schließt nach vorn in der Medianlinie am 6. Rippenknorpel, hinten am 9. Brustwirbel ab. Patellarreflex fehlt.

Die Grenze der empfindungslosen unteren Partie wandert immer weiter nach oben, auch in den Armen stellen sich Lähmungen ein, während die Sensibilität erhalten bleibt. Kurz vor dem Tode reicht die empfindungslose Zone links in der Mammillarlinie bis zur 4. Rippe, rechts bis zum 4. Intercostalraum. Decubitus hat an Tiefe und Umfang bedeutend zugenommen. Eitriger Ausfluss aus der Harnröhre ist schon bei der Aufnahme konstatirt.

Ungefähr 7 Wochen nach Beginn der Erkrankung Exitus letalis. Autopsie: Die Nerven der Cauda equina größtentheils durch ein rundzellen- und gefäßreiches junges Bindegewebe eingeschlossen und zum Theil zum Schwund gebracht. Pia ungewöhnlich blutreich und von zahlreichen Blutaustritten, welche bis auf die weiße Substanz des Rückenmarkes übergreifen, durchsetzt. Lendenanschwellung des Rückenmarkes erheblich vergrößert und namentlich in der hinteren Hälfte zu einem Abscesse eingeschmolzen (Rundzellen, Körnchenkugeln, Gefäße mit stark erweiterter adventitieller Scheide, frische Blutaustritte, einzelne Inseln von erhaltener Nervensubstanz). Die zweite Eiterbildung an der Grenze zwischen Brust- und Halsmark in den Hintersträngen. Ein Zusammenhang zwischen beiden Abscessen ist nicht nachzuweisen. In den anderen Theilen des Rückenmarkes finden sich zahlreiche myelitische Processe.

U. fasst diese Eiterbildungen als metastatische Abscesse auf, ausgegangen von einer Anfangs bestandenen (aber nicht bestimmt nachgewiesenen) Gonorrhoe. Er theilt eine Beobachtung Nothnagel's mit, welcher bei putrider Bronchitis einen Rückenmarksabscess diagnosticirte und p. m. auch fand. Weitere Fälle aus der Litteratur (traumatische Rückenmarksabscesse) bilden den Schluss der Arbeit. **A. Cramer** (Eberswalde).

25. **Rumpf.** Über einen Fall von Syringomyelie nebst Beiträgen zur Untersuchung der Sensibilität.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 7—9.)

Bei einem 39jährigen Schlosser stellten sich zunächst Abnahme der Kraft und Parästhesien in der rechten Hand, Abmagerung des rechten Daumenballens ein;

nach $1^1/_2$ Jahren zeigten sich Paralyse der Daumenmuskulatur und Kontrakturen der Finger in jener Hand; später traten ähnliche wenn auch nicht so intensive Erscheinungen an der linken Hand, ferner Abmagerung der Unterarme, so wie reißende Schmerzen in dem Bauche auf. Sodann Parese und Parästhesien des linken Beines, weiterhin zeitweiliges Zittern des rechten Beines. Ischurie. Hemihyperhidrosis sinistra.

Die Untersuchung ergiebt Atrophie der kleinen Handmuskeln mit Entartungsreaktion in den Interosseis. Atrophie der Vorderarme und der Mm. bicipites. Sehnenreflexe an den Mm. bicipites und tricipites fehlen, während die mechanische Erregbarkeit der Armmuskeln erhalten ist. An den Beinen zeigt sich spastische Lähmung; auch hier wie an den Oberextremitäten ist die rechte Seite vorwiegend betroffen. An den Deltoidei, den Pectorales, den Bauch- und Beinmuskeln erhält man bei Beklopfen lang andauernde fibrilläre Zuckungen, welche auch gelegentlich von selbst eintreten. Zu den Symptomen der amyotrophischen Lateralsklerose gesellt sich folgende Sensibilitätsstörung. Es besteht eine völlig anästhetische Zone der mittleren und unteren rechten Rumpfhälfte, ferner partielle Empfindungslähmung an dem gesammten Körper, insbesondere an der linken Rumpfhälfte und den Oberschenkeln. Kopf und Hals sind nicht betroffen. Schmerz- und Temperaturempfindung sind an den bezeichneten Stellen erloschen, die Differenzirungsfähigkeit gleichzeitiger und auf einander folgender Eindrücke herabgesetzt. Berührungsgefühl, Muskelsinn erhalten. Außerdem sind die Fingergelenke verdickt, die Nägel an den Fußzehen verkümmert und es treten auf minimale Reize Blasen an dem ganzen Körper auf. Endlich das oben erwähnte linksseitige Schwitzen.

Verf. bringt werthvolle Angaben über Untersuchung der Sensibilität bei, welche in die Schilderung des höchst charakteristischen Krankheitsbildes eingeflochten sind. **J. Ruhemann** (Berlin).

26. W. G. Smith. Über einen Fall von multiplem Cheloid (Alibert).

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 9.)

Ein 30jähriger Ökonom hatte seit seiner Kindheit »Knoten« im Nacken. Dieselben, von Lachsfarbe, mit glatter Oberfläche, von Lederkonsistenz, an Größe und Gestalt außerordentlich variirend, befinden sich zur Zeit am Hals, an der Stirn, am Rücken, an der Vorderseite beider Unterarme, in der linken Achselhöhle, am Abdomen, auf der linken Glutaeusgegend. An den Armen und am Rücken haben dieselben die Neigung, sich dem Verlaufe der Hautnerven anzuschließen. Verf. wünscht, dass alle Autoren sich in Zukunft der Schreibweise mit Ch (Cheloid) bedienen möchten. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

27. J. Schütz (Frankfurt a/M.). Ein Beitrag zum Nachweise der Gonokokken.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. April 2. p. 235.)

S. empfiehlt zur isolirten Färbung der Gonokokken das folgende Verfahren: Die in der gewöhnlichen Weise vorbereiteten Deckglastrockenpräparate kommen für 5—10 Minuten in eine kalte, filtrirte, gesättigte Lösung von Methylenblau in 5%igem Karbolwasser. Darauf werden die Präparate in Wasser abgespült, auf einen Moment (»so lange es dauert als man langsam 1, 2, 3 zählt«) in Essigsäurewasser (5 Tropfen Acid. acet. dilut. auf 20 ccm Aq. dest.) getaucht und nun sofort wieder in Wasser abgespült. Die so entfärbten Präparate, in welchen nur die Gonokokken blau geblieben, kann man nun mit einer sehr verdünnten, wässerigen Safraninlösung, die man nur ganz kurze Zeit einwirken lässt, unterfärben. Auch zu Dauerpräparaten in Kanadabalsam eignet sich die Färbung.

A. Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. Sonnabend, den 26. Oktober. 1889.

1. **E. Ziegler.** Die neuesten Arbeiten über Vererbung und Abstammungslehre und ihre Bedeutung für die Pathologie.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. p. 361.)

Z. unterwirft die Arbeiten, die seit seiner letzten, denselben Gegenstand betreffenden, Mittheilung (ebenda Bd. I) über Vererbung etc. erschienen sind, einer ausführlichen kritischen Besprechung mit äußerst klarer und übersichtlicher Sonderung des reichlichen Stoffes. Er liefert dadurch eine höchst willkommene Übersicht über die einschlägige Litteratur für alle Diejenigen, die sich über den Gegenstand genau informiren wollen, ohne die sehr umfangreiche

Litteratur in extenso durchsehen zu können. Obgleich Z., innerhalb der mannigfachen Meinungsverschiedenheiten über die einzelnen Punkte, einen ganz bestimmten Standpunkt vertritt, zu dem er sich schon 1886 bekannte und von dem principiell abzuweichen er auch jetzt keine Veranlassung findet, so sind doch die Arbeiten anderer Forscher in dankenswerth objektiver Weise dargestellt, wovon man sich leicht überzeugen kann, wenn man die betr. Arbeiten im Originale kennt. Es ist leider nicht möglich, auf die einzelnen Punkte auszugsweise einzugehen, da natürlich schon die Arbeit von Z. den äußerst umfangreichen Stoff nur auszugsweise wiederzugeben im Stande war. Nur so viel sei hier gesagt, dass Z. im Großen und Ganzen mit Weismann harmonirt und nur in einzelnen Punkten etwas von ihm abweicht (z. B. in der Vertheilung des Keimplasmas). Seine eigenen zusammenfassenden Worte lauten: »Im Einzelleben erworbene pathologische Eigenschaften vererben sich nicht und danach ist die erste Entstehung vererbbarer Krankheiten und Missbildungen nicht in der Erwerbung entsprechender Veränderungen während des Lebens eines der Eltern, sondern in Keimesvariationen zu suchen. Diese Keimesabänderungen glaubte ich (Z.) theils durch die geschlechtliche Zeugung, d. h. durch die Copulation einander, zwar nahe verwandter, aber doch individuell verschiedener Geschlechtskerne, theils durch äußere Einwirkung auf die Kerne der Geschlechtszellen, so wie jener embryonalen Zellen, welche das später in die Geschlechtszellen übergehende Keimplasma enthalten, theils durch eine Störung des Copulationsvorganges selbst erklären zu können.«

Hansemann (Berlin).

---

2. **Benedetto Morpurgo.** Über den physiologischen Zellneubildungsprocess während der akuten Inanition des Organismus.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. IV. p. 313.)

Zahlreiche Untersuchungen an jugendlichen und ausgewachsenen Thieren (es wurden untersucht: Magen, Darm, Schleimdrüsen, Speicheldrüsen, Leber, Niere, Milz, Lymphdrüsen, Geschlechtsorgane, Thränendrüse und Harder'sche Drüse, Talgdrüsen, Überzugsepithelien) führen Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Process der Zellneubildung durch indirekte Kerntheilung besteht während der akuten Inanition des Organismus weiter.

2) Karyokinetische Figuren sind sowohl in den wachsenden, wie in den ausgewachsenen Organen von an Inanition zu Grunde gegangenen Thieren zu finden; somit eben sowohl dort, wo sie einen formativen, wie dort, wo sie einen regenerativen Process bekunden.

3) Der Process der indirekten Zelltheilung während des Inanitionszustandes des Organismus erfolgt sowohl aus physiologischen Gründen, wie in Folge von Verletzungen.

4) Unter welchen Umständen immer die indirekte Zelltheilung sich vollzieht, ob sie einem formativen, oder ob sie einem regenera-

tiven Vorgang entspricht: sie wird in Folge der Inanition geringfügiger.

5) Die Zahlverminderung der Mitosen ist in minder differenzirten Drüsenzellen und in den Überzugsepithelien relativ geringer, als in jenen hochdifferenzirten Drüsen, bei welchen der Process der indirekten Zelltheilung sich ins extra-uterine Leben verhältnismäßig weit hinein erstreckt (Magensaftdrüsen, Pankreas, Leber, Niere). In Folge der Inanition hört bei diesen Drüsen der karyokinetische Process früher auf. Er erstreckt sich nicht mehr über die Periode des lebhafteren Wachsthums des Organismus hinaus.

6) Unter den hochdifferenzirten Organen sind es ausschließlich die Geschlechtsdrüsen, welche während der Inanition des Organismus einen lebhaften Zelltheilungsprocess zeigen. Dies beweist jedenfalls, dass diese Organe sehr stark individualisirt sind, selbst bei Thieren, die in der zoologischen Skala auf einer hohen Stufe stehen, so dass sie von Seite der übrigen Organe das Opfer eines bedeutenden Ernährungsmaterials fordern können.

7) Die Wiederherstellung des Körpergewichtes von jungen Thieren, die nach der Inanition wieder gefüttert werden, geschieht auch durch numerische Vermehrung von specifischen Organelementen (Leber, Niere); und diese Zahlvermehrung erfolgt auf dem Wege der indirekten Theilung. **Hansemann** (Berlin).

---

3. **Charrin et Guignard.** Action du Bacille pyocyanique sur la Bactéridie charbonneuse.

(Compt. rend. de l'acad. des sc. 1889. No. 14. p. 764.)

C. und G., Schüler von Bouchard, suchten die Bedingungen festzustellen, unter denen der Bac. pyocyan. der Entwicklung des Milzbrandbacillus hindernd im Wege steht.

Sie beschickten zu diesem Zwecke zunächst Milzbrandkulturen mit Bac. pyocyan. Von diesen Mischkulturen impften sie 0,5 ccm (offenbar sind Bouillonkulturen gemeint) Meerschweinchen ein. Es wurden absichtlich nur so geringe Quantitäten zur Impfung verwandt, weil man die Wirkung des Bac. anthracis allein erzielen wollte; denn, um ein Meerschweinchen mit Bac. pyocyan. allein zu tödten, braucht man viel größere Quantitäten. In den 6 ersten Tagen schien in den Mischkulturen die Virulenz des Milzbrandbacillus kaum beeinflusst zu sein, vom 8. Tage an nahm sie ab, die Thiere starben zwar noch, allein erst nach längerer Zeit. Vom 20. Tage ab erweisen sich die Meerschweinchen meist refraktär; die Resultate sind jedoch keineswegs konstant. Verfolgt man die Entwicklung des Milzbrandbacillus in diesen Mischkulturen, so findet man bereits am 2. Tage eigenthümliche granuläre Beschaffenheit der Stäbchen, die selbst bald stark anschwellen. Diese Granula färben sich leicht, nach kurzer Zeit sind sie isolirt und sehen jetzt Mikrokokken ähnlich von ungleicher Größe, bald einzeln bald in Haufen angeordnet. Wenn man übrigens diese so umgeänderten Organismen in frische, geeig-

nete Nährmedien bringt, so erlangen sie bald ihre ursprüngliche Gestalt und Virulenz wieder. In einer zweiten Reihe von Experimenten impften dann die Autoren Milzbrandkulturen in sterilisirte oder filtrirte Bouillonkulturen von Bac. pyocyan. Die Veränderungen sowohl in der Virulenz als auch in der morphologischen Gestaltung des Bac. anthrac. waren hierbei genau dieselben wie bei der ersten Versuchsanordnung.

Die filtrirten oder sterilisirten Bouillonkulturen von Bac. pyocyan. wirken weder auf die rothen Blutkörperchen noch auf das Hämoglobin ein.

E. Levy (Straßburg i/E.).

---

4. Quirll. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Extractum filicis maris.

Inaug.-Diss., Berlin, 1888.

Ein nach Gebrauch von Farnkrautextrakt vorgekommener Todesfall war Anlass für Liebreich, den Verf. mit der experimentellen Untersuchung der Wirkung von Extr. fil. mar. zu beauftragen. Q. fand bei Versuchen an Kaninchen, dass das Mittel in doppelter Weise, von der Intestinalschleimhaut und vom Centralnervensystem aus, wirkt. Durch die Reizung der Darmschleimhaut entstehen diarrhoische Entleerungen; »die ins Blut aufgenommenen toxischen Stoffe wirken wahrscheinlich auf das Centralnervensystem«, erzeugen Lähmungserscheinungen, Collaps und Tod. Das Mittel wird in Verdünnung mit Öl schneller resorbirt und wirkt dann schneller. In welcher Weise die schädlichen Stoffe aus dem Organismus entfernt werden, ist nicht bekannt; bei einem Versuche traten im Harn geringe Mengen Albumen, in einem anderen starker Zuckergehalt auf. Die schädlichen Wirkungen können beim Menschen bereits bei Dosen von 5—10 g eintreten; ob die Filixsäure oder andere im Extrakt enthaltene Stoffe dabei wirksam sind, konnte Q. nicht eruiren; jedoch sprechen Thierversuche (Carlblom) dagegen, dass die Filixsäure allein jene gefährlichen Nebenwirkungen äußert. Es wäre daher für genaue Dosirung des Anthelminticums beim Menschen sehr wichtig, das wurmtreibende Princip aus dem Medikament rein darzustellen. Ferner wäre es wesentlich, das Mittel in einer Form zu verordnen, in welcher es vom Darm möglichst wenig resorbirt werden kann. Hierzu wäre geringe Löslichkeit des Mittels nöthig, weil dann das wirksame Agens bis in den untersten Theil des Darmes gelangt, und durch geringe Resorption des Medikamentes die Gefahr für den Pat. verringert wird. Am besten wird dies durch ein kurze Zeit nach dem Wurmmittel gegebenes Abführmittel (Kalomel mit Jalappe) erreicht; aus demselben Grunde ist die allgemein übliche Hungerkur vor Anfang der Abtreibung des Bandwurmes zu widerrathen, da ein leerer Darm schnell resorbirt, und ferner die auf das Abführmittel folgende rasche Darmentleerung von beträchtlichen Fäkalmassen mechanisch die Abtreibung des Parasiten zu unterstützen geeignet ist.

G. Meyer (Berlin).

---

5. **Sehrwald.** Die Belegzellen des Magens als Bildungsstätten der Säure.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 11.)

Verf. hat die Frage, welche von den Zellen des Magens, ob Haupt- oder Belegzellen die Stätten der Säureproduktion sind, von Neuem einer Bearbeitung unterzogen, und sich dabei der bereits von Claude-Bernard angewendeten Färbungsmethode bedient, jedoch mit einigen Modifikationen, da die Versuche des letzteren wegen der benutzten Reagentien nicht einwandsfrei erscheinen. Es wurden dünne Schnitte eines ganz frischen Magens einen Tag lang in eine Lösung von milchsaurem Eisen und dann nach kurzem Abwaschen in Ferridcyankalium gelegt. Besitzt nun die zu untersuchende Zelle einen großen Alkaligehalt, so wird die Salzlösung gerade neutralisirt werden und die Farbenreaktion ausbleiben; bei geringerem Alkaligehalt dagegen oder gar bei Säuregehalt wird eine schwächere oder stärkere Blaufärbung eintreten. Es zeigten sich nun bei dieser Methode die Belegzellen in den Drüsenschläuchen schön blau, die Hauptzellen dagegen völlig farblos. Nur an der Oberfläche des Magens und zuweilen noch in den Drüsenhälsen sind die äußersten Ränder blau gefärbt. Es ergiebt sich also hieraus, dass die Hauptzellen alkalisch, die Belegzellen dagegen mindestens neutral, wenn nicht sauer reagiren, so dass man mit größter Wahrscheinlichkeit sie als Bildungsstätte der Säure ansehen kann. Eine weitere Stütze für diese Ansicht liefern die von Grützner erhaltenen analogen Resultate bei Färbung mit Anilinschwarz. **Markwald** (Gießen).

---

6. **E. Pick.** Beiträge zur Kenntnis der Magensaftabscheidung beim nüchternen Menschen. (Aus der Klinik Prof. Kahler's in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die Resultate der Untersuchungen Schreiber's, welcher ähnlich wie vor mehreren Jahren Ref. (s. d. Centralbl. 1885 No. 12) nach kurzem Verweilen der weichen Sonde im nüchternen Magen von Gesunden verschieden große Mengen wirksamen Magensaftes gewonnen hatte, nach zwei Richtungen einer Prüfung zu unterziehen. In erster Linie wollte er entscheiden, ob sich mittels des Schreiber'schen Verfahrens in allen Fällen bei Gesunden wirksames Sekret gewinnen lasse; in zweiter Linie, ob die Saftabscheidung im nüchternen Zustande spontan erfolge, wie dies Schreiber anzunehmen geneigt ist, oder durch den Sondenreiz hervorgerufen werde.

Bei 10 Gesunden, die P. zu diesem Zwecke untersuchte, konnte er jedes Mal Mageninhalt, zuweilen allerdings nur wenige Tropfen, gewinnen; eben so waren die Schwankungen in der Quantität der gewonnenen Flüssigkeit für dieselben Personen an verschiedenen Tagen oft recht beträchtlich. Auch in Bezug auf die Acidität, so

wie die Stärke der Congoreaktion — beides konnte, da organische Säuren höchstens in Spuren vorhanden waren, auf freie HCl bezogen werden — waren die Schwankungen recht bedeutende, bei 3 Individuen war keine freie HCl vorhanden.

Die Eigenthümlichkeit, die Verf. in einzelnen Fällen beobachten konnte, dass nämlich nach wiederholten, bei demselben Individuum stets unter gleichen Verhältnissen und zu derselben Tageszeit vorgenommenen Sondirungen Acidität und Verdauungsfähigkeit des Sekretes allmählich sich verringerte und schließlich auch ganz verschwand, kann P., da pathologische Processe des Magens ausgeschlossen werden konnten, mit der Annahme einer spontanen oder einer durch den chemischen Reiz von Seite des während der Nacht verschluckten Speichels oder Schleimes hervorgerufenen Sekretion nicht in Einklang bringen; dagegen ist diese Erscheinung wohl verständlich, wenn man annimmt, dass die Absonderung säure- und pepsinhaltigen Sekretes im nüchternen Magen durch den mechanischen Reiz der Sonde herbeigeführt wird, und dass im weiteren Verlaufe, bei Gewöhnung, dieser Reiz nicht mehr hinreicht, um wirksamen Magensaft hervorzurufen.

Die wesentliche Stütze, die Schreiber für seine Annahme, dass die Flüssigkeit im Magen vorgebildet sein müsse, anführt, nämlich das Vorhandensein von Zellkernen im exprimirten Magensaft, so wie die Saftgewinnung nach kurz dauerndem Verweilen der Sonde im Magen, sucht Verf. dadurch zu entkräften, indem er einerseits übereinstimmend mit Jaworski nachweist, dass Rundzellen des Speichels und Schleimes nach Zusatz von Magensekret in kürzester Zeit in die bekannten Zellkerne überführt werden können; andererseits aber führt P. Versuche an, welche direkt zeigen, dass thatsächlich kurz dauernde Sondenreizung Saftproduktion veranlasst.

Der Umstand endlich, dass sich oft normalerweise bis 60 ccm Flüssigkeit aus dem nüchternen Magen exprimiren lassen, veranlasst Verf. gleich Riegel zu dem Vorschlage, die Diagnose der Hypersekretion nur auf jene Fälle zu beschränken, wo größere Quantitäten — 200—500 ccm — sich entleeren lassen. **E. Schütz** (Prag).

---

7. **O. Rosenbach** (Breslau). Über hysterisches Luftschlucken, Rülpsen und respiratorisches Plätschern im Magen.

(Wiener med. Presse 1889. No. 14 u. 15.)

Dreierlei, scheinbar von einander verschiedene, aber doch unter gemeinsamen Gesichtspunkten vereinbare Symptomenkomplexe der Hysterie werden von R. genauer analysirt und erklärt. Zuvörderst werden die gemeinsamen Beziehungen hervorgehoben.

Alle drei gehören zu jenen einen bedeutenden Kraftaufwand erfordernden motorischen Leistungen Hysterischer, die der Gesunde nur selten und unwillkürlich ausübt oder, wenn absichtlich und durch Übung erlernt, nur kurze Zeit ausüben kann, weil er viel

rascher ermüdet. Eines der wesentlichen Zeichen des hysterischen Typus, das Übermaß motorischer Leistungsfähigkeit in Bezug auf gewisse Thätigkeiten bei sonstiger allgemeiner Schwäche des Willens tritt auch bei diesen 3 Erkrankungen zu Tage. Sie stellen, allgemein gefasst, einen Zustand willkürlicher, abnormer Luftbewegung im oberen Theile des Verdauungstractus dar und äußern sich durch sich wiederholende auffallende Geräusche sonst geräuschlos arbeitender Organe. Frauen und Kinder werden davon befallen, fast gar nicht erwachsene Männer. Die Veranlassung zum ersten Auftreten der Phänomene ist nicht selten ein Magenleiden oder ein krampfartiger Husten, der oft zu Würgebewegungen geführt hat, Melancholien, die von Angstgefühl und öfterem Seufzen begleitet sind, indem durch die häufige Ausübung solcher intensiver Würg- und Athembewegungen (behufs subjektiver Erleichterung) eine Steigerung der Fähigkeit erreicht zu werden scheint, jene komplicirteren Bewegungen auszuführen. In Folge Nachahmungen entstehen zuweilen kleine Endemien in einer Familie. Die anderen Körperverrichtungen erleiden keinerlei Einbuße (bis auf häufige Stuhlverstopfung) während des Bestehens jener Zustände, so weit nicht etwa andere neuropathische und hysterische Symptome noch bestehen. Die Dauer der Anfälle beträgt wenige Minuten bis viele Stunden (mit kürzeren Pausen); bei Nacht und durch Ablenkung der Aufmerksamkeit cessiren sie, durch Aufregungen steigern sie sich. Ohne geeignete Behandlung pflegen sie nicht dauernd aufzuhören, die Darreichung eines beliebigen Medikamentes wirkt allerdings zuweilen, oder vorübergehend, durch Suggestion. Besser ist noch eine Veränderung der Umgebung. Die dauernde Heilung folgt nur durch eine eingehende Berücksichtigung des einzelnen Individuums und daraus sich ableitende erziehliche und psychische Behandlung, wobei die Applikation des elektrischen Pinsels eine Rolle spielt, indem die perverse Innervation der befallenen Muskeln wieder dem normalen Willen unterworfen wird. Die Prognose ist dann (namentlich bei Kindern) auch in Bezug auf dauernde Heilung günstig.

Es folgt nunmehr die Beschreibung der einzelnen Formen:

1) Das Luftschlucken ist entweder mit der zweiten Form, dem Rülpsen, kompinirt, oder — seltener — besteht es allein. In letzterem Falle bläht sich der Magen auf (zu unterscheiden von der schwer zu erklärenden hysterischen Tympanie der Därme). Das Eindringen von Luft in den Magen lässt sich durch Auskultation auch leicht erkennen. Beim Gesunden kehrt die mit Speichel oder einem Bissen geschluckte Luft aus dem oberen Theil des Ösophagus während des Schlingens wieder nach oben zurück, so dass wir es nicht vermögen, uns durch die Schlingmuskulatur derselben zu bemächtigen. Dies schließt nicht aus, dass ganz kleine Luftmengen, die mechanisch verschlossen innerhalb des Bissens liegen, eindringen (z. B. auch bei kohlensäurehaltigen Getränken). Es hängt dies Alles mit der Spritzbewegung der Pharynxmuskulatur zusammen. Ein-

gehend beschrieben wird nun der Vorgang, der es bei den Hysterischen ermöglicht, Luft in den Magen zu befördern, der, von dem Schlingvorgang verschieden, vorwiegend vom Zwerchfell abhängig ist. (Vor dem Erbrechen findet ein ähnlicher Vorgang statt, der den Magen mit Luft und Speichel behufs besserer nachheriger Entleerung in Spannung versetzt.)

2) Das Rülpsen im Anschluss an das Luftschlucken ist leicht zu erklären, falls dasselbe momentan nach dem Verschlucken der Luft erfolgt. Schwer erklärlich aber ist die Fähigkeit Hysterischer, willkürlich Ructus ohne deutliches vorheriges Luftschlucken zu erzeugen, da wir (ohne Gaumenkitzel und Reflex) willkürlich aus dem Magen nichts entleeren können; nicht etwa in Folge des ziemlich losen Cardiaverschlusses, sondern 1) wegen des festen Zusammenliegens der Speiseröhrenwände, 2) wegen der Höhe der bis in den Mund zu hebenden Speisensäule, 3) wegen der senkrecht zur Magenachse stehenden Richtung des Ösophagus, 4) wegen der von der Cardia hinweg zum Pylorus laufenden Peristaltik des Magens, 5) wegen der der Austreibung nach der Cardia zu und durch den Ösophagus zuwideren Insertion der Bauchmuskeln. Diese Hindernisse bewirken oft auch, dass die eingeführte Schlundsonde trotz der Würgbewegungen nichts entleert. Überwunden werden sie beim Erbrechen durch vorherige Füllung und Spannung des Magens mit Luft und Speichel unter heftigen Inspirationsbewegungen.

3) Das willkürliche hysterische Plätschern und Gurren des Magens endlich entspricht dem Geräusch, welches entsteht, wenn man durch die Schlundsonde mittels eines Gummiballons Luft in den mit Flüssigkeit gefüllten Magen bläst. Es ist scharf von dem unwillkürlichen Plätschern des Darmes zu scheiden; eine Übergangsform bildet das stets inspiratorisch auftretende Gargouillement bei stark geschnürten Frauen (nach der Mahlzeit). Verf. beschreibt genauer, durch welche Muskeln und Bewegungen der Vorgang zu Stande kommt; eine starke Aktion des Zwerchfelles, fehlende Costalathmung und Schlaffheit der Organe (bei Hysterischen häufig) ist Bedingung dafür. **Rosin** (Breslau).

---

8. **Strauch.** Über den Nachweis der Beweglichkeit pleuritischer Exsudate beim Lagewechsel. (Aus der med. Klinik des Prof. Ebstein.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 3.)

Nach einer Darstellung des bis jetzt noch herrschenden Widerspruchs der verschiedensten Autoren in Bezug auf die Verschieblichkeit der Dämpfung freier pleuritischer Exsudate macht Verf. auf eine Fehlerquelle aufmerksam, welche bei allen bisherigen Untersuchungen über dieses theoretisch und praktisch wichtige Kapitel der Diagnostik übersehen worden ist. Dieselbe beruht auf der Vernachlässigung der Thatsache, dass die Thoraxwand, welche durch

ihre Schwingungen den Lungenschall — gleichviel, wo er seine Bildungsstätte hat — erheblich beeinflusst, durch aufgelegte Gegenstände eine Dämpfung des Schalles erfährt, die eine Strecke weit von der dämpfenden Ursache noch eine bedeutende Wirkung entfaltet.

Die bisherigen Untersuchungen über die Verschieblichkeit der Exsudate sind nun meist so geführt worden, dass die Seitenflächen des Thorax beim Sitzen und Liegen perkutirt wurden. Leicht lässt es sich nun beweisen, dass auch der gesunde Thorax durch Aufliegen auf den Kissen in der Seitenfläche stets eine Dämpfung erfährt (die sich durch eine untergelegte luftgefüllte Blase wieder beseitigen lässt). Sie tritt um so deutlicher ein, wenn nicht die reine Rückenlage eingenommen wird, sondern wenn, was meist geschieht, der Thorax auf die eine (kranke) Seite, dabei etwas gedreht wird.

Aber auch eine zweite Methode, die Rückwärtsneigung des Kranken, von der sitzenden Lage über das Bett hin in eine horizontale Lage, ohne Auflegen auf die Kissen und Untersuchung des Rückens erzeugt Fehlerquellen, indem die zur kräftigen Untersuchung breit aufgelegten Hände als Dämpfer weithin wirken. Zugleich wirkt auch die Nähe der Kissen und endlich die Unmöglichkeit, kräftig zu perkutiren, schallvermindernd.

Am wenigsten wird eine dritte Methode, die Perkussion der Vorderfläche des Thorax beim Sitzen und Liegen durch den Lagewechsel beeinflusst; doch da viele Exsudate vorn keine Dämpfung erzeugen und die Leber beim Sitzen auch bei dem Gesunden eine stärkere Dämpfung durch Empordrängen seitens der Bauchmuskulatur erzeugt (vielleicht auch durch Drehung um eine frontale Achse, wodurch die nach hinten gesunkene Konvexität mehr nach vorn kommt, Ref.), so ist auch diese Methode nicht zu empfehlen.

Verf. empfiehlt daher, den Kranken einmal in sitzender Stellung und dann in der Bauchlage, ohne Erhöhung des Kopfes zu untersuchen und die obere Dämpfung zu bestimmen. Über die mit dieser Methode gewonnenen Resultate wird Verf. berichten; bisher hat er nur wenige Fälle untersucht (20) und in einem Falle eine auffallende Verschieblichkeit konstatiren können.

Rosin (Breslau).

---

9. O. Koerner (Frankfurt a/M.). Kann die Schule für das häufige Auftreten der Chorea minor während des schulpflichtigen Alters mit verantwortlich gemacht werden?

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. XXI. Hft. 3. p. 415.)

Nach einer von der British Medical Association angestellten Sammelforschung fallen 77,46% aller Fälle von Chorea minor in das schulpflichtige Alter von 6—15 Jahren. Bei Durchsicht der einschlägigen Litteratur ergiebt sich, dass hierfür die Schule nur in geringem Maße verantwortlich gemacht werden kann. Nur schlecht

genährte Kinder fallen leicht der Chorea zum Opfer, wenn sie in der Schule über Gebühr angestrengt und durch Züchtigungen und andere Strafen oder durch Erregung eines falschen Ehrgeizes zu Leistungen getrieben werden, die über ihre Kräfte gehen. Häufig werden die ersten Regungen der Chorea von Lehrern für Ungezogenheiten gehalten und die nicht erkannte Krankheit wird dann durch körperliche Züchtigungen oft und sehr erheblich verschlimmert.

Es wird nicht selten behauptet, dass Chorea durch Nachahmung in Schulen verbreitet werden könne. Eine Prüfung der vorhandenen Litteratur ergiebt jedoch, dass es sich in allen beschriebenen Schulepidemien nicht um Chorea minor, sondern um Hysterie, Emotionsneurosen etc. handelt. Entstehung der wahren Chorea minor durch Nachahmung ist nur bei Mädchen beobachtet, die durch eine schwere andere Krankheit schon vorher geschwächt waren (Beobachtungen von Bricheteau, Leube, Mosler), und zwar nie in Schulen, sondern nur in Krankenhäusern bei Rekonvalescenten.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

---

10. C. Posner. Studien über Steinbildung. II. Über Prostatakonkretionen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

Der Frage über die Natur der in der Prostata geschlechtsreifer Männer so gut wie regelmäßigen »Corpora amylacea« ist Verf. durch eine Reihe mikroskopischer und chemischer Untersuchungen erheblich näher getreten. Zunächst stellt er fest, dass die mikrochemischen und tinktoriellen Eigenschaften derselben ihre Identität mit Amyloid ausschließen, was seiner Zeit schon Virchow aus ihrem Verhalten gegenüber dem Jod formulirt hat, welches bei wahrem Amyloid nur Bräunung eventuell Röthung erzeugt, während die blauvioletten Farben erst nach Zusatz mit Schwefelsäure sich zeigen — im Gegensatz zu den Prostatakörpern, die mit Jod sogleich diese Reaktion eingehen. Mit Methylviolett dagegen geben sie dasselbe Roth wie Amyloid —, allerdings ist diese Reaktion, welche auch andere Eiweißmodifikationen geben, nicht beweisend. Diesen beiden Hauptreaktionen fügt P. noch eine Anzahl neuer hinzu, ihr Verhalten gegen Karmin, Hämatoxylin, die meisten Anilinfarben, schließlich Überosmiumsäure und Bromwasser, welches jedes Mal sich durchaus verschieden von dem Einfluss dieser Reagentien auf Amyloid gestaltet. Führen diese und noch andere Gesichtspunkte auf eine Trennung des Amyloid von den Körpern hin, so ist andererseits ihre Identificirung mit pflanzlicher Stärke eben so abzulehnen, deren Verhalten gegen kochendes Wasser, Kochen mit verdünnten Säuren und andere wesentliche Einflüsse scharfe Differenzen gegen das der Corpora amylacea in gleichem Falle zeigt. Um die fernere Frage der histogenetischen Entwicklung — ob es sich um Niederschläge eines flüssigen Drüseninhaltes oder um Produkte einer Zellmetamorphose handelt — der Lösung näher zu bringen, wandte P. seine bei der

Untersuchung über die Bildung der Harncylinder bewährte Kochmethode an. Er vermochte auf diese Weise die Inhaltsmasse in zahlreichen Drüsenräumen zum Erstarren zu bringen. Diese Flüssigkeit scheint nach P.'s Präparaten ein Produkt sowohl cellularer wie transsudativer Vorgänge zu sein. In ihr spielen sich die ersten Vorgänge der Konkretionsbildung der Körperchen ab, theils in Form unbestimmter, oft nur bei Karminfärbung erkennbarer hellerer Flecken, theils als bereits prägnanter differenzirter, hyaliner Balken, deren Zellnatur oft noch ganz deutlich feststellbar ist. Der Vorstellung nun, dass diese Gebilde als eine »hyaline« Vorstufe der später specifisch reagirenden Substanz aufzufassen seien (Recklinghausen, Stilling), tritt P. auf Grund der durch seine Methode gewonnenen Präparate aufs entschiedenste entgegen, da sie dieselben Reaktionen wie die farbigen Körperchen geben, natürlich innerhalb der auch bei diesen selbst beobachteten Variabilität der Konstanz und Nuance der Färbung. P. erblickt darin den Beweis für die Ansicht, dass es sich hierbei um Produkte ganz specifischer Art handle, die in den Konkretionen bald vorhanden sind, bald fehlen. Die specifische Rolle schreibt er dem in den Konkretionen befindlichen Lecithin zu, dessen Anwesenheit ihm durch ihr Verhalten gegen Alkohol und Äther und durch die mikroskopischen Bilder krystallinischer Plättchen erwiesen scheint. Er stellt so die Hypothese auf, dass die Konkretionen einem Gerinnungsvorgang innerhalb albuminösen Saftes oder absterbender Zellen einerseits und in zweiter Linie einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Durchtränkung dieser Produkte mit einem als Lecithin aufzufassenden Körper ihre Eigenthümlichkeit verdanken, demnach sich echten Steinbildungen gleichstellen, deren organischen Grundstoff die erstgenannten Produkte bilden, während die krystallinische Versteinerungsmasse sich aus dem Lecithinkörper herstellt. Sie rücken damit aus dem Dunkel ihrer bisher angenommenen Eigenartigkeit in eine Reihe mit uns sonst geläufigen Gebilden.

Honigmann (Gießen).

---

11. A. Renault. La Syphilis contractée à un age avancé.

(Annal. de dermat. et syph. 1889. No. 3—5.)

Die im Greisenalter erworbene Syphilis nimmt einen von dem normalen in mancher Hinsicht abweichenden Verlauf an und weist eine Reihe charakteristischer Eigenthümlichkeiten auf, welche in der ausführlichen Studie des französischen Autors eingehend gewürdigt werden. Er nimmt als Grenzalter das 50. Lebensjahr an, in diesem Punkte sich auf Dulac, Quetelet, Fournier und Gailleton stützend, und bespricht dann die primären, sekundären und tertiären Symptome, die Diagnose, pathologische Physiologie, Prognose und Therapie.

Der Primäraffekt, Anfangs von typischem Aussehen, charakterisirt sich dadurch, dass die benachbarte Drüsenschwellung sehr spät (oft erst in der 4. Woche) auftritt, das Ulcus selbst länger be-

stehen bleibt, sehr langsam vernarbt, die Härte in der Narbe lange Zeit andauert. Sehr häufig sind Komplikationen, namentlich phagedänischer Zerfall des Schankers. Dem Auftreten der Sekundärerscheinungen gehen oft sehr schwere Krankheitssymptome voraus, die durch den Fieberverlauf und die gastrischen Störungen an Abdominaltyphus oder Malaria erinnern. Das Exanthem selbst ist charakterisirt durch seine Tendenz zu konfluiren, seine Hartnäckigkeit, seine Neigung zu recidiviren und die Ähnlichkeit mit tertiären (d. h. gummösen und ulcerativen) Eruptionen. Auch kommt es häufig sehr früh zur Entwicklung echter Hautgummata. Sehr oft treten schwere nervöse und sensorielle Störungen auf; das Centralnervensystem wird, wie sonst erst in späteren Erkrankungsperioden, durch psychische, sensitive und motorische Störungen namentlich des Auges und des Gehörapparates in Mitleidenschaft gezogen. Schließlich entwickelt sich sehr häufig eine hochgradige Anämie und Kachexie. Die tertiären Erscheinungen zeigen sich meistentheils sehr früh und sind in der Regel schwerer Natur. Sie sind sehr zahlreich, werden leicht ulcerös, sind gegen jede Behandlung äußerst hartnäckig und recidiviren oft und in kurzen Intervallen.

Was die Diagnose betrifft, so ist die wesentlichste Frage in jedem einzelnen Falle, ob man es mit einer luetischen Erkrankung zu thun habe, eine Frage, die hier oft nicht leicht zu beantworten ist. Dies gilt namentlich für die Syphilis des Schädels und des Centralnervensystems, wo neben der gewöhnlichen Apoplexie noch die Dementia senilis, die progressive Paralyse, die Tabes dorsalis u. A. in Betracht kommen. Hier sprechen für Syphilis oft der atypische Verlauf, die Anamnese, besonders lange Zeit vorher bestehende hartnäckige Kephalaea, ferner gleichzeitige andere Symptome wie Strabismus, Lähmung des Levat. palp. superior. In einzelnen Fällen ist eine Differentialdiagnose unmöglich, da die Syphilis oft dieselben Erkrankungen der Gefäßwände setzt als die Altersatherose; dies gilt auch für das Aortenaneurysma, das bei alten Leuten manchmal auf luetischer Basis beruht. Große Schwierigkeiten für die Diagnose machen ferner die Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge, Wangenschleimhaut und der Lippen. Hier kommen die Psoriasis linguae (Leucoplacia idiopathica, Sclerosis linguae superficial.), die Glossitis durch Tabak, das Carcinom und — die im Alter freilich selteneren — tuberkulösen Ulcerationen in Betracht. Verf. bespricht eingehend die differentialdiagnostischen Merkmale für jede einzelne der genannten Erkrankungen und betont dann die schon von Fournier und dessen Schüler Ozenne genauer studirten Fälle von Hybridismus, d. h. der Kombination von Syphilis mit Krebs, welche naturgemäß für die Diagnose eine Reihe neuer Schwierigkeiten stellen. Dieser Hybridismus ist übrigens auch in der Mamma, dem Hoden, der Blase, dem Anus und der Leber beobachtet worden. Verf. geht dann ein auf die Differentialdiagnose von Amyloidleber nach Syphilis, Alkoholcirrhose und Carcinom der Leber und bespricht zum Schluss die

Hautaffektionen, wo wiederum der Krebs den häufigsten Anlass zu diagnostischen Irrthümern abgiebt. Die Prognose der Syphilis im Greisenalter ist nach dem oben Gesagten als eine sehr schlechte zu bezeichnen; R. citirt bei dieser Gelegenheit den bekannten Ausspruch Ricord's: Wer Syphilis haben will, benutze die Zeit, wo er noch jung ist; denn es taugt nicht, ihre Bekanntschaft erst im Alter zu machen. Oft, nach Gailleton sogar meist, wird die Syphilis zur Todesursache; sehr zu fürchten sind die häufig hinzutretenden Erkrankungen, wie Erysipel und Pneumonie. Der schwere Verlauf der Syphilis liegt daran, das sie ein durch das Alter geschwächtes Terrain vorfindet und hier, eben so wie in den Fällen, wo Sorge, Schlaflosigkeit, Alkoholismus, wiederholte Schwangerschaften die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabgesetzt haben, leicht und schnell schwere Zerstörungen anrichtet. Auf diesen Punkt hat auch die Therapie ihr Hauptgewicht zu legen; neben der specifischen Behandlung muss man vor Allem tonisirend wirken, die Ernährung und den Kräftezustand des Kranken auf jede Weise zu heben suchen. Jodkali ist früh und schon gleichzeitig mit dem Quecksilber zu geben, bei eintretenden Diarrhoen sind Adstringentien am Platze. Auch Brunnen- und Badekuren — welche, giebt Verf. nicht an — sind zur Unterstützung der Behandlung zu empfehlen. Doch ist nicht zu vergessen, dass oft alle Therapie gegen die Lues — eine der schwersten Erkrankungen des Greisenalters — erfolglos bleibt.

Wir empfehlen den Aufsatz, dessen Inhalt wir hier nur in großen Zügen angeben konnten, der aber eine reiche Fülle werthvollen Materials enthält, allen Denen, die ein weitergehendes Interesse an den behandelten Fragen haben, zur Lektüre im Original.

A. Blaschko (Berlin).

---

12. **Lemoine.** De la Pyrodine (Acétyl-phényl-hydrazine).

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 24 ff.)

Das Acetylphenylhydrazin ist ein weißes, glänzendes Pulver, schwer löslich im Wasser, von leicht bitterlichem Geschmack. Seine physiologische Wirkung scheint der des Antipyrins resp. -febrins nahe zu kommen; es wirkt wenig aufs Herz und Nervensystem, ist aber ein starkes Blutgift und äußert in Vergiftungsdosen dem entsprechende Erscheinungen; ferner erweitert es die Gefäße. Beim kranken Menschen wirkt es als Antipyreticum und Nervinum. Die bisher in der Litteratur veröffentlichten Versuchsergebnisse mit dem Mittel weichen sehr von einander ab, wahrscheinlich weil die einzelnen Beobachter verschiedene Präparate benutzten; man vermeide das im Handel befindliche, unreine, als Pyrodin benannte Präparat. Nach seinen Versuchen hält L. 0,05 des Medikamentes für die gewöhnliche Tagesmaximaldose beim Erwachsenen; wich das Fieber unter dieser Verordnung nicht, so stieg er auf 0,08, nie aber höher als 0,1. Im letzteren Falle verordne man 2 Kapseln von je 0,05; die eine, wenn es angezeigt ist, die zweite 4 Stunden später, auf der

Höhe des Fieberanfalles. In höheren Gaben, bei 0,25, entstehen bei Thieren und Menschen bedrohliche Vergiftungserscheinungen, Angst, Luftmangel, abundante Schweiße, Cyanose, fadenförmiger Puls und, wenn keine Stimulantien gereicht werden, Tod im Collaps (also ähnliche Symptome wie bei der Antifebrinvergiftung). In den geringeren Dosen, bis höchstens 0,1, wird das Präparat gut vertragen. Verf. hat dasselbe beim Fieber bei Phthise geprüft, auf welches es, scheinbar wie auch auf den Krankheitsverlauf, sehr günstigen Einfluss äußerte. Das Medikament setzt die Temperatur langsam, aber kontinuirlich herab. Die Temperatur sinkt vom Moment der Einnahme des Mittels täglich um $^1/_2$°, indem die Morgentemperatur niedriger als die des vorhergehenden Abends, die des nächsten Abends wiederum niedriger als die desselben Morgens wird. Z. B.:

Morgen	Abend
38,6°	38,2°
38,0°	37,8°
37,6°	37,2°
37,6°	37,6°
37,3°	37,8°.

Oder der Abfall der Temperatur zur Norm geschieht per lysim:

38,6°	39,4°
38,2°	38,4°
37,6°	37,8°
37,4°	37,6°
37,2°	37,5°.

Oder endlich die Temperatur fällt plötzlich ohne Abendsteigerung, fällt dann in 24 Stunden langsam, dann folgt Steigerung um $^1/_2$°:

38,6°	37,8°
37,6°	38,2°
37,5°	37,2°.

Das Medikament beschwichtigte bei den Pat. L.'s die Schmerzen, bewirkte Ruhe, Schlaf, allgemeine Erleichterung. Einige Personen klagten über geringe aufsteigende Hitze, einer über Durchfall. Schwindel, Ohrensausen, Appetitverringerung trat nicht ein, wohl aber Verringerung und Aufhören der nächtlichen Schweiße. Der Husten wurde nicht beeinflusst, die Athmung schien besser zu werden, Puls verlangsamt, weniger voll. Ferner wirkte das Acetylphenylhydracetin noch günstig als Nervinum bei Migräne und Neuralgien, ähnlich, bisweilen energischer wie das Antipyrin.

G. Meyer (Berlin).

---

13. A. Pollatschek. Der Einfluss der Karlsbader Brunnenkur auf chronische Malariaformen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 24.)

Amelung äußert, dass das Glaubersalz in kleinen Gaben zur Wiederhervorbringung der zu zeitig unterdrückten Wechselfieber sehr wirksam sei. Schroff leitet von dieser Wirkung den günstigen Einfluss der Glaubersalzquellen gegen Malariasiechthum ab. Seegen

und nach ihm Glax und Kisch sahen unter dem Gebrauch derartiger Wässer manche Neurosen des Magens in echte Intermittensanfälle übergehen und endlich verschwinden; sie behaupten, dass eine Trinkkur gewissermaßen als diagnostisches Hilfsmittel dienen kann, ob hinter den Magenaffektionen Malaria als Ursache liege. P. bestätigt durch selbständige Erfahrungen diese Angaben dahin, dass unter dem Einfluss einer Karlsbader Trinkkur häufig die Wiederkehr von längere Zeit ausgebliebenen Intermittensanfällen beobachtet wird, dass selbst Paroxysmen unter dem Gebrauch der Trinkkur da sich einstellen, wo bis dahin nur eine Intermittens larvata bestand. Er erinnert an die analoge Thatsache, dass unter dem Gebrauch der Karlsbader Wässer chronische Gonorrhoen exacerbiren können. Wie diese letzteren dann therapeutischen Maßregeln zugänglicher werden als vordem, so zeigen sich auch jene frisch angeregten Intermittensfälle dem Chinin oder Eisen in verhältnismäßig kleinen Gaben widerstandsloser.

G. Sticker (Köln).

Kasuistische Mittheilungen.

14. **Widenmann.** Zur Ätiologie des Tetanus.

(Med. Korrespondenzbl. d. württemberg. ärztl. Landesvereins Bd. LIX. No. 8.)

Ein 8jähriger gesunder Knabe fällt beim Herabspringen von einer Mauer auf den mit Rossdünger versetzten Erdboden und bohrt sich hierbei die Spitze eines Pfahles in die rechte Wange in der Nähe des Jochbogens. Am 6. Tage wurde aus der Wunde ein halbfaulender Holzsplitter entfernt. Tod an Tetanus am 10. Tage nach der Verletzung. Erde, Wundsekret und Holzsplitter werden (von Flügge, Eiselsberg, Rembold und den beiden gleichnamigen Verff.) zu Infektionsversuchen benutzt und rufen Impftetanus hervor. Aus dem Wundeiter der Thiere lässt sich nur eine verunreinigte Kultur des Nicolaier'schen Bacillus (wie gewöhnlich, Ref.) gewinnen. Die Erdproben tödten Mäuse durch eine Mischinfektion, bei der auch die Bacillen der malignen Ödeme betheiligt sind (Flügge).

H. Neumann (Berlin).

15. **Lumniczer.** Beiträge zur Ätiologie des Tetanus.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 12.)

1) Ein 37jähriger Knecht erhält zwischen linkem Daumen und Zeigefinger eine Schnittwunde, die mit Staub beschmutzt wurde. Vereinigung der Wunde, die sich jedoch nicht schließt. Nach 8 Tagen Krämpfe in den Thorax- und Kiefermuskeln, den oberen, weniger den unteren Extremitäten; erhöhte Reflexerregbarkeit. Irrigation mit 5%iger Chlorzinklösung, später mit 1‰iger Sublimatlösung; täglich 2mal 16 Spritzen einer Jodoformlösung (in Äther-Alkohol). 24 Tage nach der Verwundung hören die Krämpfe auf. Heilung. Züchtungs- und Infektionsversuche mit Gewebspartikeln und Wundsekret (nach schon 3tägiger Desinfektion entnommen), so wie mit Aderlassblut negativ.

2) 21jährige, bei Erdarbeiten beschäftigte Frau erlitt zwischen großer und zweiter Zehe des linken Fußes eine kleine, nicht beachtete Verletzung. Nach einer Woche Ausbruch von Krämpfen, 4 Tage später Tod. Kulturversuche mit Gewebsfetzen aus der Wunde und mit Blut, welche vom Lebenden und vom Todten entnommen wurden, auch hier negativ.

3) Schusswunde der rechten Hand bei einem 27jährigen Manne. Am 7. (?) Tage Ausbruch der Krämpfe; trotz Unterarmamputation am 9. Tage nach der Verletzung Tod. Es wurden Kaninchen und Mäuse mit Gewebsstücken aus verschiedenen Gegenden der Hand, mit einer hyperplastischen Lymphdrüse aus der Ellbogenbeuge,

so wie mit einem in der Wunde gefundenen, mit ichorösem Sekret imprägnirten Ladungspfropfen inficirt. Nur bei der Infektion mit letzterem starben die Versuchsthiere an Tetanus. Der Propfen ließ sich wiederholt zur Impfung benutzen, eben so war der um ihn entstehende Abscess einschließlich der Wandung und der verfärbten Muskulatur infektiös; hingegen ließ sich weder mit dem im Leben noch mit dem nach dem Tode entnommenen Blut der Versuchsthiere (auch nicht mit größeren Mengen) Tetanus erzeugen. Die Tetanusbacillen konnte auch L. nur mit Saprophyten verunreinigt kultiviren; die letzteren erzeugten, isolirt, keinen Tetanus.

H. Neumann (Berlin).

16. **C. Golgi.** Intorno al preteso »Bacillus malariae« di Klebs, Tommasi-Crudeli e Schiavuzzi.

(Arch. per le sc. med. 1889. Fasc. 1.)

G. legt die kritische Sonde an die Beobachtungen, durch welche die specifische Bedeutung des Klebs-Tommasi-Crudeli'schen »Bac. malariae«, den Schiavuzzi in der Umgebung Polas wieder gefunden hat, bewiesen werden soll. Schiavuzzi hat nur an 2 Kaninchen 4 Infektionsversuche angestellt und glaubte hierbei ein typisches intermittirendes Fieber erzielt zu haben. G. weist nach, dass die nach subkutaner Injektion des Bac. malariae aufgenommenen Temperaturkurven mit denen gesunder oder mit nicht pathogenen Pilzen, z. B. Sarcina lutea, inficirter Kaninchen übereinstimmen. Schiavuzzi glaubte die bekannten Veränderungen des Malariablutes bei seinen Versuchsthieren gefunden zu haben; doch sind die Bilder, die er beschreibt, nach G. auch bei dem Blut Gesunder oder Anämischer ganz gewöhnlich. Als pathologisch-anatomischen Befund, der aus der Infektion mit dem Malariabacillus resultire, fand Schiavuzzi die Milz des einen Kaninchens vergrößert, die des anderen — verkleinert!

Schließlich giebt G. eine ausführliche Differentialdiagnose zwischen den Degenerationsformen der rothen Blutkörperchen, welche Mosso und Maragliano künstlich herstellten, und den Bildern, unter denen das Malariaplasmodium im Blut erscheint.

H. Neumann (Berlin).

17. **R. W. Felkin** (Edinburgh). Foetal malaria, as illustrated by two cases.

(Edinb. med. journ. 1889. Juni.)

F. berichtet zwei äußerst merkwürdige Fälle von Malaria bei Neugeborenen, die er durch Infektion vom Vater her erklärt.

Er stellt es zunächst als bekannte Thatsache hin, dass der Fötus schon in utero an Malaria erkranken könne und sagt, Milzschwellungen in Folge von Malaria (ague-cake) seien Ärzten, welche in Tropengegenden prakticirt haben, ganz geläufige Vorkommnisse. Im Jahre 1880 beobachtete er einen Fall von kongenitaler Malaria, wo die Mutter absolut gesund war, und einen eben solchen 1888.

1) Im Jahre 1880, als Verf. in Durban in Südafrika war, wurde er Nachts zu einer Frau gerufen, die plötzlich erkrankt war. Sie klagte über Schmerzen und eigenthümliche Empfindungen im Leibe, war im 9. Monat schwanger. Als Verf. das Abdomen untersuchte, fand er das Kind in deutlich schüttelnder Bewegung (shaking). Die Frau gab an, dies sei schon einige Male passirt, aber noch nie so heftig wie jetzt, auch habe sie nie Schmerzen dabei gehabt. In den beiden folgenden Nächten passirte dasselbe zu der gleichen Stunde. Der Mann der Frau war mehrere Jahre lang an der westafrikanischen Küste ansässig gewesen und hatte stark an Malaria gelitten, so dass er die Gegend verließ, um sich, nach einem Aufenthalt in Madeira, nach dem Kap zu begeben. In Madeira verheirathete er sich; die Frau war Engländerin und immer absolut frei von Malaria gewesen. Nach 8monatlichem Aufenthalt in Madeira kamen die Leute nach Durban. Der Mann hatte immer noch gelegentliche Anfälle von Malaria und hatte namentlich kurz nach der Hochzeit stark daran gelitten. In der 4. Nacht wurde Verf. abermals zu der Frau gerufen und fand das Kind wiederum in lebhaft »schüttelnder« Bewegung; gleichzeitig begannen Wehen. Alles ging anfänglich glatt vorwärts, aber der Kopf

schnitt nicht durch und so musste Verf. die Zange anlegen; nach Entwicklung des Kopfes entstand eine weitere Schwierigkeit, da der Leib des Kindes sehr stark war, in Folge von Vergrößerung der Milz. Nach der Geburt hatte das Kind noch 7 Fieberanfälle, wovon Verf. einen mit den drei charakteristischen Stadien des Frostes, der Hitze (ca. 39°) und des Schweißes selbst beobachtete. Hinterher erholte sich das Kind eben so wie die Mutter vollkommen.

2) Im Januar 1888 wurde Verf. in Edinburg zu einer an Pleuritis und Bronchitis erkrankten Frau gerufen, die im 8. Monat schwanger war und schwer litt; es zeigten sich Erscheinungen, die den in Fall 1 beschriebenen ganz analog waren und sich an jedem zweiten Tage wiederholten. Das Kind kam etwa $7^1/_2$ Monate alt zur Welt, mit mäßig geschwollenem Leibe; es lebte nur 48 Stunden und starb im Froststadium des 2. Fieberanfalles, welchen es in seinem extra-uterinen Leben hatte. Auch hier waren die einzelnen Stadien des Fieberanfalles sehr ausgesprochen, die Temperatur im Hitzestadium über 39°. Die Eltern des Kindes waren 12 Jahre verheirathet; die Mutter hatte Edinburg nie verlassen. Während der ersten 7 Jahre der Ehe wurden 3 völlig gesunde Kinder geboren. Der Vater ging dann als Heizer auf einem Dampfschiffe nach westafrikanischen Häfen und acquirirte hier schwere Malaria. 10 Monate nach seiner Rückkehr gebar die Frau ein Kind, welches zwar ausgetragen war, aber bald schwächlich wurde und starb. Ungefähr 1 Jahr später kam ein Kind zur Welt, das immer schwächlich war und eine vergrößerte Milz besitzt; durch geeignete Behandlung besserte sich aber im Übrigen sein Zustand. Das zuletzt geborene Kind war dasjenige, wovon oben berichtet ist. Die Frau gab an, während der letzten 3 Schwangerschaften immer ähnliche Empfindungen gehabt zu haben, wie bei diesem letzten Kinde. Die Frau starb übrigens 10 Tage nach der Geburt des Kindes — woran, ist nicht genau zu sagen: sie trank in momentaner Abwesenheit der Wärterin eine ganze Flasche Whisky auf einmal aus; die Sektion wurde nicht gestattet. Das Kind wurde secirt. Von dem mikroskopischen Befunde ist leider nur angegeben, dass die Milz hyperämisch gewesen sei (congested); aus den mikroskopischen Beschreibungen der Milz, Leber und Nieren ist nicht viel zu entnehmen.

Um seine Ansicht von der Übertragung des Malariavirus durch den Vater zu stützen, erinnert Verf. an die Infektion durch Syphilis vom Vater her. Sind die für die beiden mitgetheilten Fälle gemachten Voraussetzungen richtig, dass es sich wirklich um Malaria bei den Kindern gehandelt habe, und dass die Mütter frei davon gewesen seien, so wird sich allerdings kein begründeter Einwand gegen Verf.s Erklärung machen lassen.

Verf. weist in der Diskussion, welche seinem Vortrage in der Obstetrical Society in Edinburg folgte, darauf hin, dass man in den Tropen nicht selten neugeborene Kinder mit Malaria-Kachexie oder mit Malaria-Milzschwellung behaftet finde. Letztere veranlasse zuweilen Beschwerden bei der Entbindung und nöthige zur Anlegung der Zange. Ferner sei es sehr wahrscheinlich, dass auch durchs Säugen Malaria übertragen werden könne: so gebe Baxa in Pola an, dass 90% aller Kinder, die von malariakranken Müttern oder Ammen gestillt würden, an Malaria erkranken, und dass etwa 30% davon im ersten Lebensjahre sterben. Luck habe einen Fall berichtet, wo eine aus Algier kommende Amme in Frankreich ein Kind mit Malaria inficirt habe, dessen Eltern völlig frei von Malaria waren; sie selbst sei auch zu jener Zeit ausscheinend nicht krank gewesen; das Kind erkrankte nach 3 Monaten an tertianem Fieber. Auf Grund dieser Beobachtung warne er vor Ammen, welche aus Malariadistrikten stammen; das Gleiche geben Ärzte an, welche in tropischen Gegenden mit Malaria prakticiren und namentlich Ammen mit Milzvergrößerung unbedingt zurückweisen.

Küssner (Halle).

18. **M. Giacanelli.** Tre casi di morbo maculoso del Werlhoff.

(Sperimentale 1889.)

Drei ausgeprägte Fälle von Morbus maculosus Werlhofii, von denen zwei schon dadurch bemerkenswerth sind, dass sie sehr jugendliche Kinder, einen Knaben im Alter von 2 Jahren und dessen Bruder im Alter von 5 Jahren, betreffen;

der dritte Kranke war ein 40jähriger Mann. Sämmtliche Erkrankten waren vor Beginn der Krankheit kräftige gesunde Individuen. Das fast gleichzeitige Erkranken beider Geschwister unter den besten hygienischen Verhältnissen legt dem Verf. den Gedanken einer Invasion von Mikroorganismen als Ursache der Krankheit nahe und selbst das negative Ergebnis einer Blutuntersuchung auf Mikrokokken und Bacillen in seinen Fällen genügt ihm nicht, Angesichts der positiven Angaben von Petrone und Beher, so wie mit Rücksicht auf den typischen und cyklischen Verlauf der Krankheit und in Anbetracht der Milzvergrößerung, an diesem Gedanken ernsthaft zu zweifeln. **G. Sticker** (Köln).

19. **Kahler** (Wien). Purpura haemorrhagica.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 23.)

Bei der klinischen Vorstellung eines seit einigen Wochen an Schwäche, Blutflecken am ganzen Körper, Hämaturie, Blutungen aus Nase und Zahnfleisch erkrankten Mannes ließen sich Sugillationen durch einfaches Kneifen der Haut erzeugen und war die Zahl der rothen Blutkörperchen im Kubikmillimeter auf 2 950 000 bei Herabgehen des Hämoglobingehaltes nur auf 50 gesunken, d. h. es bestand nahezu normale (6,8) färbende Kraft. Nach vorübergehender Verschlimmerung (Blutkörperchenzahl 1 600 000) kam es zur Besserung, ersichtlich auch aus dem Steigen der Blutkörperchenzahl (2 700 000) bei 35% Hämoglobingehalt, d. h. also es wuchs die Zahl der Blutkörperchen ohne entsprechende Hämoglobinzunahme.

Purpura haemorrhagica, vom Scorbut unterschieden durch Fehlen des gangränösen Zerfalles des übelriechenden Zahnfleisches und durch Fehlen von Blutungen in Muskel und Zellgewebe, kommt bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten (Variola, Scarlatina, Tuberkulose, Caries, Syphilis), bei Vergiftungen (mit Phosphor, Jod, Quecksilber), bei funktioneller Erkrankung des Nervensystems (Hysterie), ferner auch als primäre, fieberlose oder fieberhafte Krankheit vor und kann durch innere Blutungen, excessive Verminderung der rothen Blutkörperchen und durch sekundäre septische Infektion gefährlich werden. K. empfiehlt Extr. Secal. (0,5—1 pro die), Tinct. nervino-tonica und reichliche Ernährung.

K. Bettelheim (Wien).

20. **G. Baccelli.** Di alcune note cliniche sul trattamento della pneumonite.

(Riforma med. 1889. No. 123.)

In der akuten Pneumonie, so führt B. aus, bedarf der Zustand des Herzens unserer größten Aufmerksamkeit.

Die Herabsetzung der erhöhten Eigenwärme bildet für jenes Organ die erstrebenswertheste Indikation.

Wo die Wärmeverminderung zu bewirken ist, muss die physikalische Antipyrese den anderweitigen Methoden vorangestellt werden.

Genaue statistische Erhebungen zeigen in zwingender Weise, dass die Methode der direkten Wärmeentziehung eine Herabsetzung der Sterblichkeit in der Pneumonie um 10% bewirkt.

Angesichts einer beginnenden Kohlensäurevergiftung ist die Verordnung von Sauerstoffinhalationen und die Darreichung von Ammoniakpräparaten (Liq. ammonici anis.) angezeigt; letztere bewirken eine direkte Entlastung des Blutes von Kohlensäure. **G. Sticker** (Köln).

21. **E. de Renzi.** Sulla cura della tubercolosi pulmonare mediante l'aria calda.

(Rivista clin. e terap. 1889. Februar.)

Aus Versuchen an 8 Phthisikern in einem weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Die Inspirationsluft muss, um eine merkliche Wirkung hervorzurufen, einen sehr hohen Grad der Temperaturerhöhung besitzen. Die nur auf 43—46° C. er-

wärmte Luft hat, im Gegensatz zu Krull's Angabe, keinerlei Wirkung; ihre Temperatur ist nicht im Stande, das vom Tuberkelbacillus befallene Gewebe in ersichtlicher Weise zu verändern; die Kranken zeigen keine Änderung in den Krankheitserscheinungen unter dem Gebrauch derartig temperirter Inhalationen.

2) Eine auf 80—100° C. erhitzte Atmosphäre wird von den Kranken sehr gut vertragen. Dieselben leiden nur von der Erhitzung der Metallmaske, ein Übelstand, der sich beseitigen lässt. Einer der Kranken konnte eine Luft von 180° C. einathmen.

3) Der geeignetste Temperaturgrad bei Anwendung der heißen Inhalationen scheint dem Verf. der von 140—160° C. zu sein. Die Dauer der täglichen Sitzung betrage $^1/_4$—1 Stunde.

4) Eine einzige Kranke erlitt während der Kur eine mehrmalige Hämoptoe; indessen hatte sie bereits vorher mehrmals Blut ausgehustet und wurde auch nach Aussetzen der Inhalationen noch 3mal von Blutstürzen heimgesucht.

5) Alle Kranken ohne Ausnahme haben als Erfolg der Kur den Eintritt von Wohlbefinden und eine Hebung der Körperkräfte empfunden, so dass sie um Fortführung derselben baten, als sie ausgesetzt wurde.

6) Bei einigen Kranken nahm das Körpergewicht zu, während die Menge der Bacillen im Auswurf abnahm.

7) Unter dem Einathmen der heißen Luft steigt die Frequenz der Herzschläge und der Respirationen; ingleichen erhöht sich die Körperwärme. Sämmtliche Erscheinungen pflegen mit Aussetzen der Inspiration zu verschwinden.

G. Sticker (Köln).

22. **Richelot.** Sur le traitement des kystes hydatiques du foie.

(Union méd. 1889. No. 54.)

Die Behandlung der Echinokokkencysten der Leber geschieht am besten durch ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle, Hervorholung des Tumors, Behandlung desselben, angepasst seiner Größe und Verbindungen. Abgesehen von einigen Ausnahmefällen soll man Punktionen des Tumors durch die Bauchdecken unterlassen. Die Laparotomie gestattet, die Geschwulst genügend hervortreten zu lassen und in geeigneter Weise zu behandeln. Ein gutes Beispiel für diese Ansicht R.'s geben die beiden von ihm operirten und geheilten Fälle. Der erste betraf ein 20jähriges Mädchen, das seit 3 Jahren in der rechten Bauchseite einen Tumor bemerkt hatte; derselbe war hart, glatt, von Faustgröße, beweglich und schien der Leber nicht anzugehören. Spontane Schmerzen in demselben beim Gehen und wenn Pat. sich auf die linke Seite legt; Appetit, Periode, Harn, Allgemeinbefinden normal. Verf. nahm von einer Explorativpunktion Abstand, da die Natur des Tumors nicht klar festgestellt war. Bei der Operation zeigte sich, dass die Geschwulst am oberen Leberrande gleichsam einen neuen Leberlappen bildete; keine deutliche Fluktuation. Punktion des Tumors ergiebt 300 g klare Flüssigkeit. Eröffnung des Tumors, dessen Wand von $1^1/_2$ cm dickem Lebergewebe gebildet wird. Vollendung der Operation. Völlige Heilung etwa 8 Wochen nach derselben.

Die zweite, 25jährige, Pat. hatte vor 14 Jahren ebenfalls rechts vom Nabel einen schmerzhaften Tumor bemerkt, welcher schließlich ihr das Gehen fast unmöglich machte. Sonst keine Störungen von Seiten des Allgemeinbefindens. Die Diagnose einer Echinokokkencyste konnte auch hier nicht ganz sicher gestellt werden. Nach dem Einschnitt zeigte sich der Tumor mit bräunlicher Wand, von Knorpelhärte; nach Incision desselben entleerte sich keine Flüssigkeit, er war dicht mit Blasen von der verschiedensten Größe angefüllt. Verfahren bei der Operation wie oben, Genesung ungefähr um dieselbe Zeit; die Operation war einen Tag später als bei der ersten Kranken ausgeführt worden.

In beiden Fällen war die Probepunktion bei unversehrter Abdominalhöhle unterlassen worden; im ersten hätte es sich um einen Tumor der Niere oder der Gallenblase handeln können und eine Punktion wäre gefährlich gewesen. Bei der zweiten Pat. lag der Tumor sehr tief, bedeckt von Darmschlingen, und enthielt keine Flüssigkeit; die Punktion hätte also aus letzterem Grunde negatives Resultat

ergeben. Dieselbe ist daher im Großen und Ganzen für die Behandlung dieser Geschwülste zu verwerfen. **G. Meyer** (Berlin).

23. Lancéreaux. Syphilis hépatique. (Leçon recueillie par Bouisson.)
(Union méd. 1889. No. 46.)

Der Verf. beschreibt 3 Fälle von Lebersyphilis, von welchen 2 erst bei der Sektion diagnosticirt werden konnten. Im dritten, bei einem 50jährigen Manne, der 25 Jahre vorher Lues acquirirt hatte, konnte die Diagnose auf Grund der vorhandenen Erscheinungen (Vergrößerung und Lappung der Leber, Acne im Gesicht, Ichthyosis an den unteren Extremitäten, Narben am linken Bein, Verhärtung des rechten Hodens) gestellt und durch Einleitung einer Schmierkur, verbunden mit Darreichung von Jodkalium, bedeutende Besserung erzielt worden. L. bespricht dann die Differentialdiagnose der Syphilis der Leber vom Carcinom und der Cirrhose. Ikterus, welcher bei einem der obigen Pat. vorhanden war, ist bei Leberlues selten. In jenem Falle entstand er durch Kompression der Gallenwege durch Gummata. Schwere Irrthümer können durch die bisweilen bei Lebersyphilis auftretende Hämatemesis und Meläna entstehen.

Bei Erwachsenen wird die Affektion oft erst bei der Obduktion gefunden. L. sah sie unter 10000 Autopsien ungefähr 150mal; sie ist also relativ häufig und da die Pat. meist einer interkurrenten Erkrankung, nicht den Folgen der Lebersyphilis selbst erliegen, so ist die Prognose der letzteren an sich nicht so übel. Die Erkrankung hat in der Leber selbst ohne jede Medikation große Tendenz zur Heilung, wie vielfach die an dem Organ gefundenen Narben erkennen lassen. Die antisyphilitische Behandlung beschleunigt nur die natürliche Resorption der von der Lues erzeugten Produkte. Durch weitere sorgfältige Diät, Darreichung von Säuren, Schwefelbäder etc. ist dann noch der der Leber und den Nieren drohenden Amyloiddegeneration vorzubeugen. **G. Meyer** (Berlin).

24. Dufaud. Note au sujet des rapports de la dilatation de l'estomac avec certaines affections médicales ou chirurgicales d'origine infectieuse.
(Union méd. 1889. No. 57.)

Für die Verbreitung der Infektionskrankheiten im Organismus ist ein günstiger Nährboden Bedingung. Einen solchen schafft nach Bouchard die Magenerweiterung. Bazy wies nach, dass zwischen letzterer und gewissen chirurgischen Krankheiten bestimmte Beziehungen vorhanden zu sein scheinen. Einen in dieser Hinsicht bemerkenswerthen Fall hat D. beobachtet. Ein 20jähriger Soldat wurde wegen Masern ins Lazarett aufgenommen und in einem Isolirzimmer untergebracht. Die Krankheit verlief leicht, ohne Komplikationen, Pat. war Rekonvalescent, als er am 7. Tage nach der Aufnahme am Scharlach erkrankte. Aus jenem Saal war ein Scharlachkranker vor 10 Tagen entlassen worden, Desinfektion des Raumes hatte danach nicht stattgefunden. Ferner aber herrschte in der Garnison und im Truppentheil, zu dem jener Soldat gehörte, eine Scharlachepidemie, so dass er vielleicht schon vor der Aufnahme den Scharlachkeim in sich trug. Eine schwere, gangränöse Angina, die sich auf Zungenrand, Zahnfleisch, Magenschleimhaut ausdehnte, gesellte sich hinzu; Zäpfchen und Mandeln waren brandig zerstört. Dabei starkes Fieber, Abends und Nachts Schüttelfröste; Petechien am Gesäß und Lendengegend, Abscesse am Os sacrum und Genick, Halsdrüsen schmerzhaft geschwollen. Unter Anwendung aller möglichen innerlichen und äußerlichen Mittel langsame Besserung des Allgemeinzustandes und der örtlichen Erscheinungen. 4 Wochen nach Ausbruch des Scharlachs entsteht von der Nase ausgehend ein Gesichtserysipel; 24 Stunden später Exitus. Die Erkrankung hatte im Ganzen 33 Tage gedauert. Bei der Obduktion fand sich beträchtliche Magenerweiterung: der Magen reichte bis 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels. Intra vitam hatte sich im Urin niemals Zucker oder Albumen gezeigt.

Da jede schwere Allgemeinerkrankung bei dem Kranken während des Lebens auszuschließen war (keine Albuminurie oder Diabetes), so muss wohl, nach Mei-

nung des Verf.s, die Magenerweiterung als begünstigend für die in der Folge sich immer schwerer gestaltenden Infektionen angesehen werden.

Der Soldat, welcher im Ganzen nicht sehr kräftig war, hatte häufig über Schwäche, Magenbeschwerden etc. geklagt, jedoch war eine Magenerweiterung niemals bei ihm vermuthet, sondern seine Klagen auf seinen Allgemeinzustand zurückgeführt worden. Ein viertel Jahr vor seiner letzten Erkrankung hatte er eine Pleuritis überstanden. **G. Meyer** (Berlin).

25. **F. Ziehl.** Zur Kasuistik der partiellen Empfindungslähmung peripheren Ursprungs nebst einigen Bemerkungen über die Prüfung des Temperatursinnes und dessen Leitungsbahnen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 17.)

Die auf Grund phsiologischer Untersuchungen von Blix und Goldscheider übereinstimmend postulirte Existenz von Nerven, welche isolirt mit der specifischen Energie der Wärmeempfindung, und solchen, welche isolirt mit der specifischen Energie der Kälteempfindung ausgerüstet sind, stützt Z. durch einen bemerkenswerthen Fall. Bei einer bis dahin gesunden Frau resultirte in Folge einer Verletzung am rechten Unterarm eine Lähmung des Medianus und Ulnaris. Die motorische Lähmung war eine schwere (komplete Entartungsreaktion), die Sensibilität im Bereiche des Medianus war völlig aufgehoben, im Bereiche des Ulnaris ebenfalls, nur die Empfindung der Kälte blieb erhalten. Als kalt wurde empfunden eine Temperatur, welche sich in den Grenzen von + 6° bis — 10° bewegte. Durch faradische Reizung (nach dem Vorgange von Goldscheider) ließ sich an den für Kälte empfindlichen Partien keine Kälteempfindung hervorrufen. Verf. glaubt, dass dieser paradoxe Befund in einer Affektion der »Kältenerven«, welche eine Herabsetzung (Modifikation) der Kälteempfindung bedingte, begründet war. Hierfür würde auch die Grenze der als kalt empfundenen Temperaturen sprechen. Da die obere Grenze dessen, was als kalt empfunden wurde, in diesem Falle bei + 6° R. lag, wird sich empfehlen, ziemlich niedrige Temperaturen zur Untersuchung heranzuziehen, weil sonst leicht das Vorhandensein der Fähigkeit, Kälte zu empfinden, übersehen werden möchte.

A. Cramer (Freiburg i/Br.).

26. **L. C. Gray.** A case of Lepto-meningitis cerebri presenting typical symptoms of disseminated sclerosis.

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1889. No. 2.)

Ein Mädchen, das vor 10 Jahren specifische Symptome gezeigt hatte, bot innerhalb dreier Jahre, während der sie unter ärztlicher Beobachtung stand, ausgesprochene Erscheinungen der multiplen Sklerose, Intentionszittern der gesammten Extremitäten, Zittern der Gesichtsmuskeln beim Sprechen, Tremor linguae, Nystagmus, skandirende Sprache, Steigerung der Patellarreflexe dar. In der Vorgeschichte keine Anzeichen psychischer Störungen. Während ihres 3jährigen Hospitalaufenthaltes traten zahlreiche apoplektiforme, gelegentlich epileptiforme Anfälle auf. Innerhalb ihres letzten Lebensjahres entwickelte sich Demenz, die allmählich schwere Grade annahm, in den letzten 5 Wochen vor dem Tode beträchtliche allgemeine motorische Schwäche.

Die Sektion ergab außer bedeutender Flüssigkeitsansammlung in den Ventrikeln Leptomeningitis an den Hemisphären mit Ausnahme der Basis des Gehirns.

J. Ruhemann (Berlin).

27. **E. de Renzi.** La sospensione nella cura della meningite cronica spinale.

(Rivista clin. e terap. 1889. März.)

Die Zeichen einer vor 10 Monaten zuerst in Erscheinung getretenen Meningomyelitis lumbalis bei einem 34 Jahre alten Manne, welche in schweren Störungen der Motilität, Sensibilität und Reflexleitung an den unteren Extremitäten bestanden, verloren sich unter der Anwendung der Suspension des Kranken im Sayre'schen

Apparat nach Charcot's Methode auffallend schnell, so dass der Pat. nach Verlauf von 10 Tagen, innerhalb welcher er ein über den anderen Tag 2—3 Stunden hinter einander unter aktiven Bewegungsübungen der Beine in der Schwebe blieb, die Klinik gesund verlassen konnte. **G. Sticker** (Köln).

28. **H. Schirmer.** Über ein spinales Symptom im Rekonvalescenzstadium akuter Manie.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 17 u. 18.)

S. theilt 4 Fälle von Manie mit, bei welchen im Rekonvalescenzstadium der Patellarreflex allmählich verschwand, um mit voller Genesung wiederzukehren. Drei der Fälle wurden an der psychiatrischen Klinik zu Freiburg von S. selbst, einer, und zwar der erste, bei welchem dieser bemerkenswerthe Befund gemacht wurde, von Prof. Emminghaus in der Dorpater Irrenklinik beobachtet. Nach einer eingehenden Besprechung der verschiedenen Theorien über die Entstehung des Patellarreflexes, so wie über die Ursachen, welche diesen Reflex zum Schwinden bringen, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass es sich in diesen Fällen um eine funktionelle Störung im Rückenmark, wahrscheinlich in den Hintersträngen, handeln muss. Zu einem Faserschwund kann es noch nicht gekommen sein, weil die erkrankten Partien ihre Funktionsfähigkeit nach kurzer Zeit, in Fall IV sogar vorübergehend nach Galvanisation des Lendenmarkes wieder erhielten. **A. Cramer** (Eberswalde).

29. **R. Campana.** Trichophytiasis dermica.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 1. p. 51.)

Aus der Beobachtung des Verf.s geht hervor, dass das Trichophyton nicht nur die Fähigkeit hat, in der Bindegewebsschicht der Haut zu keimen, sondern auch den Hauptantheil eines Bindegewebstumors zu bilden und dessen Ursache zu sein. Dieser Tumor gehörte einer Frau an, welche an Hauttrichophytiasis mit darauf folgender Geschwulst trichophytischer Onychogryphosis litt. Er bestand zum größten Theile aus fibrösem Bindegewebe, welches stellenweise sich in einem Zustande beginnender Nekrobiose befand, da es nur sehr wenige Endothelien, einige Leukocyten und rothe Blutkörperchen aufwies. Hier und dort sah man sehr enge Gefäße mit Wänden, welche für Peri- und Endophlebitis sehr dick waren. Im Gefäßinneren wurden keine Parasiten beobachtet, wohl aber in der Wand. Charakteristisch war ferner, dass nicht ausschließlich Mycelien, sondern intensive Vegetationen von Gonidien und Sporen den Haupttheil des Bodens des hypertrophischen Nagels bildeten. **Joseph** (Berlin).

30. **J. Fabry.** Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1889. Hft. 2.)

Das Hydroxylamin in 0,2—0,5%iger spirituöser Lösung scheint zwar nicht mehr, aber auch eben so viel zu leisten, als die anderen uns gegen die Psoriasis zur Verfügung stehenden Mittel, vor Allem das Chrysarobin, doch besitzt es vor diesem den Vorzug der Billigkeit und die Eigenschaft, Körper und Wäsche nicht zu färben. Dagegen steht das Anthrarobin in der Energie der Wirkung entschieden der Pyrogallussäure und dem Chrysarobin nach, und es färbt Wäsche wie Körper eben so intensiv als jene beiden Medikamente. Gute Erfolge wurden von der internen Darreichung großer Dosen Jodkali (bis 28,0 pro die) gesehen.

Joseph (Berlin).

31. **Sandreczky.** Heilung eines Falles von Lepra.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 11.)

Angeregt durch die Veröffentlichung Dreckmann's über Heilung von Lepra giebt S. an, einen 8jährigen Jungen durch Kräftigung des Allgemeinzustandes und starke Anregung der Hautthätigkeit (Aufenthalt im Freien, Gymnastik, Massage, Eisen- und Chininpräparate, Bäder von grüner Seife, Eisen, Schwefel, Salz, Einwickelun-

gen, Schwitzkuren), ohne dass Chrysarobin angewendet wurde, geheilt zu haben. Der Knabe hatte folgende Symptome gezeigt: Gesicht gedunsen, dessen Farbe braungelb, »ungesund«; Augenlider, Ohren und Nase geschwollen, infiltrirt; Knoten auf der Stirn, Augenlidern, Nase, einige davon ulcerirt; die Conjunctiva zeigt gelbliche Punkte, ektropionirt; Coryza; Gaumen und Pharynx infiltrirt; Stimme näselnd; an den Handgelenken Verdickungen und Einschnürungen; Ulcerationen und Kontrakturen an 2 Fingergelenken; Anästhesie im Gesicht, an Armen und Händen; Schmerzen in den Extremitäten; Schweißsekretion ganz aufgehoben.

Nach S.'s Angabe verlor der Kranke im Laufe von 4 Jahren alle genannten Symptome bis auf die Kontrakturen der Fingergelenke. Desshalb betrachtet ihn S. als geheilt.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

32. K. Touton. Über Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica (Urethritis externa — Oedmansson).

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 1.)

Verf. beobachtete zwei Beispiele jener von Oedmansson beschriebenen gonorrhoischen Entzündung paraurethraler Gänge, welche gewöhnlich in der Nähe der hinteren Kommissur des Orificium, am Rande desselben, seltener vor oder hinter diesem mit einer feinen Öffnung münden und in der Urethralwand gelagert sind. Besonderes Interesse bot der erste Fall dar, weil hier, nachdem das Urethralsekret sich bereits als gonokokkenfrei erwiesen hatte, der Abscesseiter aus der erbsengroßen Geschwulst am Präputium noch deutlich Gonokokken erkennen ließ. T. exstirpirte diese zwischen den beiden Präputialblättern gelegene Geschwulst, welche er für eine epitheliale Einstülpung der Haut, wahrscheinlich für eine etwas abnorm gelagerte Tyson'sche Drüse ansieht. Durch die weitere Untersuchung dieses Falles hat Verf. gegenüber Bumm den Nachweis erbracht, dass die Gonokokken in mehrfach geschichtetes Pflasterepithel sehr wohl eindringen und darin fortkommen können, sofern die einzelnen Epithelzellen nur durch genügend weite Saftspalten von einander getrennt sind. Praktisch hat der Fall in so fern eine große Bedeutung, als hier trotz der Heilung der Urethritis gonorrh. doch von dem Eiter aus jener Geschwulst eine Infektion leicht hätte zu Stande kommen können. Daher war die Excision gerechtfertigt. In dem zweiten Falle war eine mikroskopische Untersuchung nicht möglich.

Joseph (Berlin).

33. J. Gescheit (Putnok). Kasuistischer Beitrag zur Einimpfung der Tuberkulose bei ritueller Circumcision.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 23.)

Im Distrikte G.'s erkrankten innerhalb von kaum 10 Monaten mehrere (erwiesenermaßen 5) Kinder 3—4 Wochen nach erfolgter Circumcision an Anfangs als luetisch behandelten, nicht zur Heilung zu bringenden Geschwüren am Penis und an Drüsenschwellungen in inguine. Drei dieser Kinder starben 4 Monate alt an Meningitis und Enteritis. Der tuberkulöse »Beschneider« hatte die Wundflächen ausgesaugt. Die tuberkulöse Natur der Erkrankungen erkannte Dr. Pasár.

K. Bettelheim (Wien).

34. B. MBride (Edinburgh). Clinical notes on fatty tumours of the larynx.

(Edinb. med. journ. 1889. Februar.)

Zu den sehr seltenen Fällen von Lipomen des Kehlkopfes fügt Verf. zwei neue hinzu; der erste gehört freilich streng genommen nicht hierher. Es handelte sich um ein taubeneigroßes »Fibrolipom«, das vom Zungengrunde ausging und noch an der Basis des Kehldeckels angeheftet war; im Übrigen hatte es mit dem Kehlkopfe nichts zu thun. Der zweite Fall betrifft ein fast hühnereigroßes, bewegliches, mit dünnem Stiele aufsitzendes Lipom, das vom linken Sinus pyriformis ausging. Der damit behaftete Pat. war 71 Jahre alt, hatte seit 5 oder 6 Monaten Beschwerden beim Schlucken und Athmen, keine Schmerzen. Die Tumoren wurden mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt.

Differentialdiagnostisch gegenüber anderen Geschwülsten im Kehlkopfe kommen in Betracht: die hellrosa Farbe, die Geringfügigkeit der Stenosenerscheinungen, letzteres wohl bedingt durch die weiche Konsistenz, ferner vielleicht auch der lappige Bau der Lipome. **Küssner** (Halle).

35. **Ziem.** Über Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Nasenkrankheiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 5.)

In den vier in Kürze mitgetheilten Fällen handelte es sich um Nasenerkrankungen mit Anschwellung der Nasenschleimhaut, in welchen mit der Beseitigung der nasalen Symptome auch eine vorher konstatirte Einschränkung des Gesichtsfeldes sich besserte. Z. nimmt an, dass es sich um Cirkulationsstörungen innerhalb der Bulbuskapsel gehandelt habe, bedingt durch Hyperämie des Ciliarplexus. Durch diese Kreislaufstörung innerhalb des Bulbus würde dann die Leistungsfähigkeit der Netzhaut herabgesetzt worden sein. **Seifert** (Würzburg).

36. **A. Gottstein** (Berlin). Sublimat-Lanolin als Antisepticum.

(Therapeutische Monatshefte 1889. März.)

Kultur und Thierversuche G.'s ergaben, dass, während die in Fetten löslichen Antiseptica sich in Lanolin eben so verhielten, wie in öliger Lösung, d. h. antiseptisch absolut unwirksam (Koch), dagegen das in Lanolin unlösliche Sublimat in Lanolin seine volle antiseptische Wirksamkeit behielt. Das Sublimat-Lanolin wurde hergestellt, indem zu einer bestimmten Menge Lanolinum anhydricum ein abgewogenes Quantum einer wässerigen Sublimatlösung von 1 : 1000 oder 1 : 5000 hinzugesetzt wurde. **A. Freudenberg** (Berlin).

37. **O. Rosenbach.** Haben die in Vaseline oder Öl gelösten Antiseptica wirklich keine therapeutische Bedeutung?

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai.)

R. wendet sich gegen eine Bemerkung, die von Liebreich bei Gelegenheit der Veröffentlichung der R.'schen Behandlung des Erysipels mit Karbolvaseline gemacht worden ist, dass nämlich Karbolvaseline sich wie Karbolöl verhalte, d. h. nicht wesentlich antiseptisch wirken könne.

Das wiederholt beobachtete Auftreten von Karbolharn nach Einreibung von Karbolvaseline auf die Haut, wie auch der Nachweis von Salicylsäure im Urin nach Aufstreichen von Salicylvaseline beweisen vielmehr, dass diese Stoffe die Haut durchdringen und durchtränken können. Es komme bei dem Erysipel nicht so sehr darauf an, ein Herantreten der Keime von außen zu hindern, die sich ja schon in der Haut befänden, als vielmehr die umliegende gesunde Haut antiseptisch zu durchtränken, selbst in einem geringeren procentischen Verhältnisse, als dies bei der Kultur im Reagensglase nöthig sei, wo selbst das im Körper vorzüglich wirkende Jodoform sich nicht als ausreichend antiseptisch erweise. Der lebende Körper vermöge ja noch eigene erprobte Kampfmittel gegen die Krankheitskeime ins Treffen zu führen, die durch die Antiseptica nur unterstützt zu werden brauchen. R. hat sich für die antiseptische Salbenbehandlung und gegen wässrige Lösungen entschieden, weil diese theils der Haut nicht fest anhaften, theils sie zum Aufquellen bringen, ohne sie zu durchdringen. Gewisse demnächst noch zu beschreibende Maßnahmen vermögen jedoch auch mittels wässriger antiseptischer Lösungen gute Resultate zu erzielen, andererseits die Wirkung der Salbenbehandlung zu steigern.

Rosin (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. Sonnabend, den 2. November. 1889.

1. **De Boeck.** Die Reizung des Kaninchenrückenmarkes mit der Nadel.

(Archiv für Anatomie u. Physiologie. Physiol. Abth. 1889. p. 238.)

B. hat die von Birge und Sirotinin am Frosch ausgeführte punktförmige Reizung des Rückenmarkes am Kaninchen angewendet, um mit Hilfe derselben den Verlauf der Leitungsbahnen zu studiren. Zur Reizung diente eine Nadel, die ähnlich wie bei Sirotinin an bestimmter Stelle des vorher passend fixirten Markes eingestochen werden konnte. Auch zu örtlich durchaus beschränkter unipolarer elektrischer Reizung konnte die Nadel verwendet werden.

Es zeigte sich, dass für die Reizung das Rückenmark viel empfindlicher ist, wenn es noch mit der Med. oblongata in Verbindung steht, als wenn es von ihr isolirt ist. Im ersteren Falle folgen schon dem bloßen Einstich in Hals oder Lendenmark krampfhafte Bewegungen von Rumpf und Beinen. Wird nach deren Beruhigung elek-

trisch gereizt, so geben die schwächsten Ströme nur Zuckungen in solchen Muskeln, deren Nerven nahe dem Reizungsorte entspringen; mit steigender Stärke verbreitet sich die Bewegung in bestimmter Reihenfolge vom Hals auf den Rücken, dann Schwanz, Ober- und Unterschenkel. Der vom Reiz betroffene Ort des Markquerschnittes, d. h. die Sagittalebene, in der der Einstich geschehen ist, hat auf den Erfolg keinen Einfluss. Oft beschränkt sich die Bewegung auf die gereizte Seite; sie kann aber auch auf die andere übergehen.

Um vom Lendenmark aus die Fußmuskeln in Thätigkeit zu setzen, sind mindestens eben so starke Reize nöthig, wie zur Erregung derselben Muskeln vom Halsrückenmark aus. Die gereizten Stellen sind sehr ermüdbar.

Diese Versuchsergebnisse stehen nicht im Einklang mit der Annahme, dass die Fasern des Rückenmarkes ganz bestimmte Orte des Gehirns und der Muskulatur mit einander verbinden. Jedenfalls widersprechen sie einer bündelartigen Anordnung ähnlich funktionirender Fasern. Als reflektorisch lassen sich die erhaltenen Bewegungserscheinungen nicht ohne Weiteres bezeichnen, da besonders elektrische Reizung tetanische und die Reizung überdauernde Kontraktionen bewirkt. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

---

2. **A. v. Sass.** Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung der motorischen Ganglienzellen der Medulla spinalis zu peripherischen Nerven. (Aus der medic. Klinik zu Dorpat.)

(Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie Bd. CXVI. Hft. 2.)

Durch eine Reihe von Untersuchungen ist es festgestellt, dass nach Nervendurchschneidungen oder Amputationen, wenigstens bei jungen Thieren, unzweifelhafte Veränderungen in der grauen Substanz des Rückenmarkes sich finden, dass man aber viel ausgesprochenere Resultate nach der Ausreißung der peripherischen Nerven bekommt. Diese von Gudden zuerst angewendete Methode hat v. S. benutzt, um eine Reihe von Fragen über die Zugehörigkeit bestimmter motorischer Ganglienzellen zu bestimmten peripheren Nerven auf experimentellem Wege zu studiren.

Der Gang der Untersuchung war folgender: Am 1. oder 2. Tage nach der Geburt des Thieres wurde ein bestimmter Nerv durchschnitten, seine Enden dislocirt und die Wunde dann vernäht (von einer Ausreißung nahm Verf. Abstand, weil eventuell bei größeren Nerven direkte Läsionen der Nervenkerne eintreten konnten). Das Rückenmark des nach Monaten getödteten Thieres wurde in Serienschnitte zerlegt und eine sorgfältige Zählung der Ganglienzellen in den Vorderhörnern vorgenommen.

Die Resultate anlangend, so ergab sich:

Der Medianus beim Kaninchen hat keinen völlig circumscripten Kern, sein Ursprung vertheilt sich mit verschiedenen Unterbrechun-

gen auf mehrere Segmente und zwar auf das 8., einen Theil des 7. und des 6. Segmentes der Halsanschwellung. Auch beim Radialis des Meerschweinchens hat man es nicht mit einem umschriebenen Nervenkern zu thun; derselbe nimmt seinen Ursprung wesentlich aus dem obersten Theile des 8., dem 7. und dem obersten Theile des 5. Segmentes.

Der N. ulnaris beim Kaninchen entspringt in der oberen Hälfte des 1. Dorsalsegmentes und ferner im untersten und obersten Drittel des 8. Cervikalsegmentes. Das Ursprungsgebiet des N. ulnaris reicht also am weitesten nach unten; dasjenige für den N. radialis am weitesten nach oben; der N. medianus hat in der Mitte zwischen beiden seinen Sitz.

Von Nerven der unteren Extremität wurde gefunden: Die hauptsächlichsten Veränderungen nach Excision des N. ischiadicus fanden sich im unteren Theile der Lendenanschwellung, entsprechend früheren Angaben von Schultze und Kahler und Pick.

Um die entsprechenden Untersuchungen für den N. cruralis ausführen zu können, wurde der M. extensor cruris quadriceps beim Kaninchen fast ganz entfernt (bei Excision des Nerven fand stets Wiederverwachsung statt).

Es zeigten sich aber nach 3 Monaten keine irgend wie erheblicheren Veränderungen am Rückenmark.

Betreffs der Übertragung dieser Versuchsergebnisse auf die Verhältnisse am Menschen glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass auch beim Menschen im Großen und Ganzen die höher an den Extremitäten gelegenen Muskeln auch in höher gelegenen Abschnitten der vorderen grauen Substanz ihre zugehörigen Ganglienzellen haben.

Leubuscher (Jena).

---

3. **Rogowitsch.** Die Veränderungen der Hypophyse nach Entfernung der Schilddrüse.

(Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. IV. p. 453.)

Verf., der sich schon früher mehrfach mit der Schilddrüsenexstirpation beschäftigte, fand, dass die Hypophyse bei Kaninchen nach Entfernung der Schilddrüse sich in ganz bestimmter Weise veränderte. Die Veränderung äußerte sich in dem epithelialen Theil der Hypophyse und bestand darin, »dass die protoplasmatische Masse, in welcher die Kerne eingebettet sind, außerordentlich bedeutend an Volumen zunimmt und hierdurch die Kerne viel weiter von einander abrücken. Im weiteren Verlauf bekommt die Masse mehr und mehr und immer größere Vacuolen«.

Verf. deutet diese Erscheinung dahin, dass der Hypophysis dieselbe Funktion zukommt, wie der Thyreoidea und dass die erstere für die letztere vikariirend eintreten kann. Kaninchen, bei denen das Gewicht der Hypophysis zu dem der Thyreoidea sich wie 1 : 3,3 verhält, bleiben bei Exstirpation der letzteren am Leben, während Katzen, bei denen das Verhältnis 1 : 15—20 ist, und Hunde (bis zu

1 : 150) in kurzer Zeit nach der Operation im Allgemeinen zu Grunde gehen. **Hansemann** (Berlin).

4. Crolas et Hugounenq. Contribution à l'étude des effets physiologiques de l'antipyrine.

(Lyon méd. 1889. No. 9.)

Verff. suchten durch Experimente an Hunden Aufklärung über die Wirkungen des Antipyrins zu bekommen; die Resultate sind aber nach verschiedenen Richtungen hin ganz negativ.

Das Antipyrin wurde in großen Quantitäten gegeben, welche bei einem Menschen von mittlerem Gewichte 5—10 g pro Tag entsprechen würden, und zwar wochenlang. Was zunächst die Wirkung auf das Blut anlangt, so konnte eine Veränderung der Zahl der rothen Blutkörperchen nicht konstatirt werden, eben so wenig spektroskopische Anomalien (kein Methämoglobin). Die Zählung der Blutkörperchen wurde an der aus einer kleinen Hautvene entnommenen Blutprobe nach der Methode von Hayem ausgeführt. Die Schwankungen, welche wiederholt beobachtet wurden und bald Vermehrung, bald Verminderung der rothen Blutkörperchen anzeigten, lagen innerhalb der Fehlergrenzen.

In analoger Weise ergab die Beobachtung des Urins weder rücksichtlich seiner Menge, noch seines Harnstoff- und Phosphorsäuregehaltes Anomalien — bald geringfügige Vermehrung, bald eben solche Verminderung.

Bei den oben genannten, immerhin nicht kleinen Dosen Antipyrin zeigten sich nie irgend welche Vergiftungserscheinungen; Verff. wandten jedoch noch größere Dosen an, wie sie beim Menschen etwa 100—120 g (auf einmal genommen!) entsprechen würden; auch danach traten nur bei einem Hunde toxische Symptome auf: das Thier erbrach nach 7 Minuten, die Temperatur ging herunter, die Glieder zitterten, das Thier fraß nicht; bald jedoch erholte es sich wieder; Diarrhoe trat nicht ein. Bei den übrigen Hunden kamen auch nach diesen kolossalen Dosen keine Vergiftungssymptome vor.

Nach obigen Versuchen wäre »bei normalem Zustande« das Antipyrin ohne Einfluss auf die Ernährungsvorgänge und auf die Blutbildung, dessgleichen auf die Harnentleerung.

Die großen und unzweifelhaften Wirkungen des Mittels möchten Verff. daher einem direkten Einflusse auf das Nervensystem zuschreiben. **Küssner** (Halle).

5. Hahnert. Über die antipyretische Wirkung des Methacetins.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 13.)

M. hat auf der v. Jaksch'schen Klinik mit dem Methacetin (Paraacetanisidin), einem aus der aromatischen Reihe stammenden

synthetisch dargestellten Körper, an einer Anzahl fiebernder Kinder Versuche angestellt.

Das Methacetin erwies sich als ein Körper, der in der Art seiner Wirkung dem Thallin und Antifebrin nahe steht wegen der relativ kleinen Dosen, in denen es bereits antipyretisch wirkt, in der Wirkungsweise sich von diesen Körpern aber dadurch unterscheidet, dass dieselbe langsamer eintritt und länger anhält. Die nothwendigen Dosen sind 0,2—0,3 (!) g; öftere Darreichung kleinerer Dosen ist weniger empfehlenswerth.

Die Entfieberung geht allmählich vor sich, im Beginne häufig von Schweißen begleitet. Einmal beobachtete M. leicht vorübergehenden Collaps; sonst hat er üble Nebenwirkungen besonders seitens der Sinne und Verdauungsorgane nicht beobachtet.

M. hält das Methacetin für ein brauchbares Antipyreticum und fordert zu weiteren Versuchen mit demselben auf.

M. Cohn (Berlin).

---

6. **Riess.** Beiträge zur physikalischen Diagnostik innerer Organe.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

II. Über perkutorische Bestimmung der Nieren. Auf Grund ausgiebiger Erfahrungen lenkt R. von Neuem die Aufmerksamkeit auf die perkutorische Nierenbestimmung, welche mehr Beachtung verdiene, als ihr bisher zu Theil geworden sei, indem sie die Hauptdimensionen der normalen Niere, namentlich deren äußere Grenze, gut zu beurtheilen gestatte. Bei 30 männlichen, gesunden Individuen vermochte R. durch starke instrumentelle Perkussion die äußeren Grenzen der Niere beiderseits zu bestimmen; ihre Distanz von der Mittellinie schwankte rechts von $7^1/_4$—11, links von 7 bis 10 cm. Die untere Grenze war in 4 Fällen beiderseits, in einem 5. Falle links nicht scharf bestimmbar; die mittlere Distanz von der Crista ilei betrug rechts 2, links 2,5 cm. In pathologischen Zuständen sei die Nierenperkussion besonders wichtig zur Entscheidung der Frage, ob die Niere an normaler Stelle sich befinde oder nicht; in der Mehrzahl solcher Fälle ließ das perkutorische Resultat nicht im Stich. Weiterhin sei die Nierenperkussion zur Beurtheilung resp. Konstatirung stärkerer Größenveränderungen des Organs von Wichtigkeit.

III. Über das sogenannte metamorphosirende Athemgeräusch. R. hat den Eindruck gewonnen, dass das genannte Symptom keineswegs ein so ganz seltenes sei, zumeist auch längere Zeit hinter einander beobachtet werden könne. Mit Ausnahme eines Falles wurde es stets bei Kavernenbildung gefunden; meist waren mehrere größere Bronchien in die Höhle einmündend nachzuweisen. R. fasst das Phänomen mit Seitz als Stenosengeräusch auf, in der Weise, dass bei Anfang des Inspiriums sich für die eintretende Luft

zunächst nur einer der Bronchien öffne, dessen Querschnitt im Vergleich zum voraufgehenden größeren Bronchus und zur dahinterliegenden Kaverne einen verengten Kanal darstelle; bei einer bestimmten Zunahme des durch die Inspiration im Inneren der Lunge gesetzten negativen Druckes klaffe auch der zweite resp. die übrigen zuführenden Kanäle; die eintretende Luft theile sich in mehrere Ströme und die Stenose verschwinde.

IV. Weiteres über den Zusammenhang von Herzbeutelverwachsung mit Magenkonsonanz der Herztöne. R. theilt zwei zur Sektion gekommene Fälle von Verwachsung der Herzbeutelblätter mit, bei welchen sich eine Konsonanz der Herztöne resp. Geräusche in der benachbarten Magenhöhle, das eine Mal kurz vor dem Tode, das andere Mal längere Zeit in charakteristischer Weise zeigte. R. hält das mit den Herzkontraktionen isochrone Auftreten von Metallklang als ein für die schwierige Diagnose der mit Synechie des Herzbeutels einhergehenden Processe sehr wichtiges Symptom, wenn schon, freilich selten, das Phänomen auch ohne Pericardialerkrankung vorkommen könne. **Peiper** (Greifswald).

---

7. **Ord** (London). On the diagnosis and treatment of gastric ulcer.

(Amer. journ. of the med. sc. 1889. Juni.)

Im Wesentlichen handelt es sich um die klinische Erkenntnis und Behandlung der einfachen Magengeschwüre, an einzelnen Stellen illustrirt durch kurze Mittheilungen aus der Praxis. Für praktische Zwecke unterscheidet O. im Ganzen zwei Formen der Magengeschwüre; die eine Form ist die des in die Tiefe greifenden Ulcus, die andere Form hat eine oberflächlich hinkriechende Geschwürsfläche zur Folge. Beide Arten sind klinisch ziemlich sicher von einander zu trennen. Die erste Gruppe, also die des mehr oder weniger tiefgreifenden Ulcus, befällt junge Frauenspersonen, von denen ein auffallend großer Theil häuslichen Geschäften obliegt: ihr Äußeres ist sehr anämisch, doch sind sie gut genährt und fettreich; vielfach ist die Menstruation spärlich und sehr häufig hatten sie akuten Rheumatismus. Die Kardinalsymptome sind Schmerz, Empfindlichkeit des Epigastrium, Erbrechen und Blutbrechen. Die Schmerzsymptome, von denen nur Bekanntes angeführt wird, stehen in Abhängigkeit von dem Sitz des Ulcus; während oder kurz nach der Mahlzeit auftretend zeigen sie den Sitz des Ulcus nahe der Cardia an; je weiter von der Cardia das Geschwür sitzt, um so später der Schmerz; Ausnahmen sind zahlreich, wenn ein diffuser Katarrh des Magens zugleich vorliegt. In den unkomplicirten Fällen wird kein Schmerz empfunden, wenn der Magen leer oder annähernd leer ist. Lange Schmerzdauer, zumal mit reichlich-schleimigem Erbrechen deutet auf eine Entzündung hin. Auch die jeweilige Haltung des Pat. während der Schmerzanfälle giebt Anhaltspunkte für den Sitz

des Geschwüres: ist das Geschwür an der hinteren Seite des Magens, so liegt der Pat. vornüber gebeugt mit angezogenen Knieen im Bett. Frühzeitiges Erbrechen beweist den Sitz des Ulcus an der Cardia, spätes am Pylorus. Der Schmerz ist ein wichtigeres Symptom als das Erbrechen.

Eine interessante Krankengeschichte verbunden mit dem Sektionsresultat zeigt, dass ein ausgesprochenes, kaum zu befriedigendes Hungergefühl in die Augen springt, so wie der Magen verhindert ist, zusammenzufallen, so dass die Wände sich nicht berühren, auch wenn er vollkommen leer ist. In dem betreffenden Falle, wo zu Lebzeiten alle möglichen Speisen verschlungen wurden in den größten Quantitäten, fand sich bei der Sektion, dass der Magen mit der ganzen Nachbarschaft so verwachsen war, dass er als großer Hohlraum erschien; selbst nicht auf kräftigen Druck hin konnte man die Wandungen an einander bringen.

Die flächenförmige Geschwürsart befällt Personen beiden Geschlechts im mittleren Lebensalter. Die Symptome sind zwar in der Aufzählung die nämlichen, doch wesentlich in ihrer Art verschieden. Die Kranken sind anämisch, aber stark abgemagert; der Schmerz ist gewöhnlich weniger heftig, das Erbrechen dagegen häufiger. Das Erbrochene ist intensiv sauer, oft auch mit Blut untermischt, kaffeesatzartig; nur das Fehlen des Tumor schützt vor Verwechslung mit Neoplasmen; endlich liefert der glückliche Ausgang den Beweis, dass es kein Neoplasma war. Die Angabe Brinton's, dass 13—14% der Magengeschwüre zur Perforation führten, hält O. für viel zu hoch. Bei der Behandlung hebt O. hervor, dass Hospitalkranke rascher heil werden als die Privatpatienten; die ersteren kann man im Bett behalten, die letzteren sind nur selten hierzu bereit für die nothwendige, lange Zeit. Abgesehen von der Ausschaltung aller Insulte des kranken Magens, welche in der Nahrung liegen können, empfiehlt O. Milch, Eier, weichen Mehlbrei, Fleischsaft; man hat sich hierbei stets zu erinnern, dass manche Pat. bei Milchnahrung Schmerzen bekommen, andere bei Fleischsaft, und so ein buntes Bild der Idiosynkrasie; am besten gedeihen die Pat. bei Milch und Eiern; in extrem schweren Fällen ist die Ernährung per rectum nothwendig; für diese Nährklystiere empfiehlt O. eine Zusammensetzung von Beeftea und Milch zu gleichen Theilen mit Berger's »Liquor pancreaticus« versetzt und auf Blutwärme eingestellt. Oft ist der Zusatz eines Eies oder starker Alkohol zweckmäßig. Als medikamentöse Therapie rühmt O. Bismuth mit Natr. bicarb. und mehrmals täglich Belladonnatropfen. Bei gleichzeitig bestehendem Katarrh bringt die Tinctura Brinton Beseitigung des Katarrhs; dann tritt die Bismuthbehandlung ein.

Prior (Bonn).

---

8. Staffel. Über Verengerung und Verschluss in den verschiedenen Abschnitten des Magen-Darmkanals und deren chirurgische Behandlung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 342.)

Im Diakonissenhospital zu Dresden wurden vom Oktober 1882 bis April 1885 im Ganzen 52, außerhalb desselben 3 Pat. wegen Stenosen des Magen-Darmkanals behandelt. Nur in so weit die betreffenden Erkrankungen und ihre Behandlung in das Gebiet der inneren Klinik gehören, sollen dieselben in diesem Referat berücksichtigt werden. (Ausgeschlossen von der Besprechung hat Verf. die durchgängigen krebsigen Verengerungen der Speiseröhre und die wegen eingeklemmter Brüche behandelten Kranken.) S. berichtet:

1) über Kranke, die an Fremdkörpern in der Speiseröhre und undurchgängigen Strikturen durch Carcinom oder Narbe litten;

2) über Pat. mit krebsiger Verengerung des Pförtners;

3) über Kranke mit Verschluss in den übrigen Abschnitten des Darmrohres bedingt durch Abknickung, Drehung, Carcinom etc.

Von der ersten Gruppe sind zwei Fälle zu erwähnen. Der eine Pat. (15 Jahre alt) erlitt nach Genuss von Natronlauge eine narbige impermeable Ösophagusstriktur. Nach Ausführung der Gastrostomie Heilung, die noch 20 Monate später vollkommen ist. Im zweiten Falle (59 Jahre) war die Stenose durch Carcinom bedingt. Der Kranke ging kurze Zeit nach der Operation zu Grunde. Die Kranken müssen zur Ausführung der Operation noch möglichst kräftig sein, da der Magen nach längerer Unthätigkeit sich retrahirt und die Ernährung durch die Fistel in den ersten Tagen daher eine nicht genügende ist. Von Kranken mit krebsiger Pylorusstenose kamen zwei zur Behandlung; bei beiden Gastroenterostomie und Tod.

Die Prognose der Stenosen des übrigen Darmkanals hängt von einer frühzeitigen und richtigen Diagnose derselben ab. Es ist der *akut* auftretende Darmverschluss von der *chronisch* entstehenden Darmverengerung zu unterscheiden. Der *akute* Darmverschluss hat seinen Sitz:

1) im Duodenum und oberen Jejunum,

2) im unteren Jejunum und Ileum,

3) im Colon.

Bei 1 besteht von vorn herein stürmisches Erbrechen, welches während des ganzen Verlaufes bestehen bleibt; dasselbe ist gallig, nie fäkulent. *Leib muldenförmig eingezogen (kein Meteorismus)*; schneller Collaps; Stuhl und Flatus können vorhanden sein. Befindet sich die Darmocclusion im *unteren Jejunum und Ileum*, so sind die Erscheinungen des Ileus (Meteorismus, fäkulentes Erbrechen, Fehlen von Stuhl und Blähungen) vorhanden; sie beginnen ohne nachweisbare Ursache, oder nach einer reichlichen, schwer verdaulichen Mahlzeit mit heftiger Kolik im Leibe und Erbrechen, welche nachlassen und sich häufiger wiederholen (nach *Treves* bei partiellem Darmverschluss; dagegen kontinuirlicher, sich periodisch steigernder Schmerz bei totaler Occlusion). Das Erbrochene besteht zuerst aus Mageninhalt, wird dann gallig und kothig. Das Kothbrechen fehlt, wenn der Tod früh eintritt oder bei mildem Verlauf, ferner bei Incarceration durch das Diverticulum Meckelii (*Cazin*). Die Urinausscheidung ist gestört. Die häufigsten Ursachen des Dünndarmverschlusses sind ligamentöse Stränge und Adhäsionen, Achsen-

drehung, Volvulus, Invagination, Abschnürung eines Darmdivertikels, Verstopfung durch Gallensteine. Bei Kindern ist die Invagination die häufigste Ursache; Erbrechen und Obstipation sind bei dieser nicht immer vorhanden, häufiger Anfangs blutige Durchfälle.

Der akute Verschluss des Colons bewirkt weniger stürmische Symptome. Der Beginn ist akut, die Weiterentwicklung meist langsam. Das Erbrechen ist wechselnd oder fehlt ganz; Meteorismus zuerst gering, wird schließlich sehr stark; Collaps gering oder fehlend. Der Urin zeigt Indikanreaktion (Jaffé). Die Ursache ist meist Verschluss durch Kothmassen, Wasserirrigationen bewirken oft Heilung; ein anderes ätiologisches Moment bildet die Achsendrehung der Flexura sigmoidea.

Die chronische Darmverengerung hat meist ihren Sitz im Dickdarm; ihre häufigste Ursache ist das Carcinom des Colon und Rectum. Carcinomatöse Dickdarmstenose bedingt hartnäckige Verstopfung mit Koliken, Tenesmus, Abgang von Schleim und Blut. Die Schmerzen treten anfallsweise auf. Dazu gesellen sich leichte Ileuserscheinungen, die wiederkehren, bis das Darmrohr völlig verschlossen ist. Häufig besteht nicht Verstopfung, sondern Durchfall mit stark fäkulentem Geruch. Daher ist bei Kranken mit länger dauernden Darmbeschwerden genaue Untersuchung des Leibes und Mastdarm auch in Narkose nöthig. Zum Bilde der Kothstauung gesellt sich zuletzt das der Luftstauung. Stuhl und Flatus fehlen ganz, enormer Meteorismus. Zum Schluss bespricht Verf. den sekundären Ileus, der bei Peritonitis, Dysenterie, Tuberkulose, sich entwickeln kann.

Den übrigen Theil der interessanten Abhandlung bilden Bemerkungen über die Technik der verschiedenen Operationen der Darmstenosen, so wie Krankengeschichten. **G. Meyer** (Berlin).

---

9. Schabert. Die chirurgische Behandlung des Hydrops anasarca.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1889.

Verf. schildert in einem umfangreichen historischen Rückblick die Methoden der Alten zur Beseitigung des Hydrops anasarca, dann die Entwicklung und Vervollkommnung des heute üblichen Verfahrens. Er selbst verfügt über ein ziemlich reichhaltiges kasuistisches Material, in welchem er sowohl Incision und Scarifikation, als auch Trichter- und Kapillardrainage in Anwendung gezogen hat. Die letztere Methode hält er für die gefahrloseste, bei der bei Beobachtung einiger Vorsicht Wundkomplikationen leicht vermieden werden können. Wo es sich um die symptomatische Behandlung verlorener Fälle handelt, wo dem Kranken hauptsächlich subjektive Erleichterung geschaffen werden soll, da ist sie am Platze. Sie wird in der Praxis die am meisten zu übende Methode sein.

Der tiefe Schnitt kommt nur für eine kleine Anzahl von Fällen in Betracht; große Leistungsfähigkeit ist sein Vorzug, sein größter

Nachtheil die Gefährlichkeit. Dieser Umstand bedingt eine Indicatio vitalis als Voraussetzung. Wenn die Gefahr einer weiteren Schädigung des Herzens und die Gefahr einer eventuellen Wundkomplikation gleich groß ist, wird man durch ihn einen großen therapeutischen Nutzen erzielen.

Die Trichterdrainage hält Verf., da sie gefahrvoller ist als die Trokardrainage und weniger leistet als der einfache Schnitt, für entbehrlich.

Die Scarifikation und die Acupunktur sind wegen ihrer großen Gefahren ganz zu verwerfen.

Schließlich erörtert Verf. die Indikationen der mechanischen Entleerung des Hautwassers, ausgehend von der Anschauung, dass jedes Ödem die Cirkulation behindert und dem Herzen neue Arbeit auferlegt. Aus dieser Ansicht erwächst in gewissen Fällen eine Indicatio vitalis. Eine andere Indikation ist Entspannung der Haut, um der Spontanruptur und deren Folgen: Erysipel, Gangrän, Phlegmone, Septikämie vorzubeugen. In den meisten Fällen wird die Methode nur einer Indicatio symptomatica genügen können: Spannungsgefühl, Schmerz, Dyspnoe sollen verringert werden.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

10. C. Golgi. Über den angeblichen Bacillus malariae von Klebs, Tommasi-Crudeli und Schiavuzzi.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. p. 419.)

Nach einer Reihe von mit italienischer Lebhaftigkeit geschriebenen Bemerkungen über die Äußerungen Tommasi-Crudeli's und die Veröffentlichungen von Schiavuzzi, kommt Verf. zu dem Schluss, dass der von den Verff. beschriebene Bacillus und speciell der Bacillus von Pola mit der Malaria-Infektion nichts zu thun hat.

Hansemann (Berlin).

11. Valentini. Beitrag zur Pathogenese des Typhusbacillus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 17.)

1. Fall. 19jähriger Kranker leidet an Typhus und zwar folgt nach 3 Wochen schweren Fiebers eine subfebrile Periode von 4 Wochen, der sich ein Recidiv mit typischem Fieberverlauf und frischer Roseola anschließt. Auf der Höhe des Recidives bildet sich am linken Schienbein ein Abscess, der auf ein Trauma zurückgeführt werden kann; der entleerte Eiter ist mäßig dickflüssig, etwas bräunlich und enthält ausschließlich Typhusbacillen.

2. Fall. 24jähriger Mann erkrankt an einem 4 Wochen dauernden Typhus; 4 Wochen nach demselben stellt sich Athemnoth ein und 4 Tage hierauf werden größere Mengen »Materie« ausgeworfen. 4 Tage später wird ein Empyem konstatirt und wiederholt durch Operation eine große Menge dünnflüssigen, geruchlosen Eiters von bräunlicher Farbe entleert. Er enthält ebenfalls ausschließlich Typhusbacillen.

V. nimmt an, dass der Typhusbacillus wohl die Eiterung in beiden Fällen veranlasst hat und stellt seinen Fall neben die bekannte A. Fraenkel'sche Beobachtung eines abgekapselten peritonitischen Exsudates mit Typhusbacillen. Auch erinnert er an die von Foà und Bordoni-Uffreduzzi beobachtete Lobärpneumonie bei Typhus, in der sich ausschließlich Typhusbacillen fanden. (An-

zureihen wäre auch noch als sicher konstatirt die in dieser Zeitschrift 1888 p. 938 referirte Beobachtung Vinay's über einen durch Typhusbacillen verursachten Milzabscess. Ref.)

H. Neumann (Berlin).

12. **F. Braccola.** Ricerche sull' etiologia dei tumori maligni.

(Bullett. delle sc. med. 1889. Februar.)

B. hat 5 Carcinome und 1 Sarkom mikroskopisch auf Bakterien untersucht und unter den strengsten Kautelen und mit Benutzung der verschiedensten Nährböden Kulturversuche angestellt. Es handelte sich um 3 Mamma-, 1 Hodencarcinom und 1 primäres Lebercarcinom, so wie ein Hodensarkom. Die Resultate waren in jeder Hinsicht negativ; ausnahmsweise kamen spärliche, nicht onkogene Bakterien, welche als Verunreinigungen aufzufassen waren, so wie bei einem ulcerirten Carcinom Eiterbakterien zur Entwicklung.

In seiner kritischen Würdigung des Scheurlen'schen Bacillus kommt B. zu dem Schluss, dass derselbe nicht für den Krebs specifisch ist und dass, wenn Krebs und Sarkom Infektionskrankheiten sind, es sich jedenfalls bei ihnen um eine bisher unbekannte Art der Infektion handeln muss.

H. Neumann (Berlin).

13. **Arnaudet.** Le cancer dans une commune de Normandie. — Nature contagieuse et mode de propagation du mal.

(Union méd. 1889. No. 52.)

Die Bevölkerung von Saint-Sylvestre-de-Cormeilles (Normandie) umfasst 398 Seelen. Im Zeitraum von 1880—1887 starben hier 74 Personen, darunter 11 (= 14,88%) an Krebs; von 100 Individuen aufs Jahr berechnet starben 0,345 an Carcinom; bei einer Bevölkerung von 100000 Seelen würde diese Zahl also 345 betragen. Verglichen mit der Anzahl der Todesfälle an Krebs in Paris ergiebt sich:

an Krebs	Paris	Saint-Sylvestre
von 100 Todesfällen	4,16	14,88
Todesfälle unter 100000 Einwohnern	104,9	345.

Das Carcinom ist also in Saint-Sylvestre 3mal häufiger als in Paris aufgetreten. Es betraf daselbst 10 Männer und 1 Frau; die Kranken waren im Alter von 61—84 Jahren; 8mal war der Magen, je 1mal Gesicht, Hals (Sarkom), Mesenterium Sitz der Affektion. 5 der Fälle kamen in verschiedenen Theilen des Ortes vor, 6 hingegen in einem begrenzten Revier. In einer Zeit von 22 Monaten starben 3 Pat. in einem Dorfe (1 Sarkom, 2 Magenkrebs). Vorher waren im Verlaufe von 3 Jahren 2 Kranke an Magenkrebs gestorben. Die Häuser der Personen, welche dann an Carcinom zu Grunde gingen, waren denen der eben genannten sehr nahe gelegen. Heredität war bei keinem Pat. nachzuweisen; zwei derselben waren Geschwisterkinder; bei keinem Abusus spirituosorum. Die Erkrankung war im Laufe der Zeit von der Höhe nach der Tiefe herabgestiegen, in demselben Sinne, wie der Wasserlauf stattfindet. Die großen zeitlichen Zwischenräume zwischen den einzelnen Erkrankungen erklärt A. aus dem langen Ruhen des Krebsgiftes im Boden, welches mit dem Erbrochenen leicht in denselben gelangen konnte. In diesen Massen, welche gewöhnlich auf den Düngerhaufen deponirt wurden, soll nach Ansicht des Verf.s das Krebsvirus enthalten sein. Zur Hervorbringung des Sarkom des Halses könne das Eindringen desselben in eine kleine Erosion am Munde genügen. Die Infektiosität des Krebses und Verbreitung des Virus desselben durch das Wasser (auch durch den in jener Gegend vielfach genossenen Apfelwein, welcher meist mit Wasser aus den Tümpeln hergestellt wird, da anderes Wasser dort nicht vorhanden ist) ist für den Verf. hiernach erwiesen. (Ob auch für den Leser?! d. Ref.)

G. Meyer (Berlin).

14. **G. Mya.** Sulla natura chimica e sulla significazione diagnostica dei saponi contenuti nelle feccie.

(Arch. per le sc. med. 1889. Fasc. 1.)

Bei einer 25 Jahre alten Frau mit erheblicher Ektasie des Dünndarmes unklarer Genese beobachtete Verf. einen stetigen reichlichen Fettgehalt des Stuhl-

ganges. Er findet, dass die Gallensekretion und Pankreassekretion ungeschädigt ist, dass somit die Behinderung der Fettaufnahme aus dem Darm in einer Störung der absorbirenden Thätigkeit des ektasirten Dünndarmes ihren Grund hat. Diese Störung erstreckt sich nur auf den Mechanismus der Fettresorption; die übrigen Nahrungsbestandtheile, Eiweißkörper und Kohlehydrate, wurden in dem betreffenden Fall in ausgiebigster Menge vom Körper zurückgehalten.

Bezüglich der Natur des Fettes, welches sich in Form von nadelförmigen Krystallen und von Büscheln oder Drusen solcher Krystalle im Stuhlgang der in Rede stehenden Kranken fand und dessen chemische Konstitution seit den ersten hergehörigen Mittheilungen Gerhardt's trotz der Untersuchungen Österlein's Stadelmann's, Müller's strittig geblieben ist, schließt Verf. mit guten Gründen, dass es zunächst als saure Sodaseife im Koth sich findet, als solche jene Löslichkeitseigenschaften besitzt, welche den Tyrosinkrystallen und den Leucinkugeln eigenthümlich sind. Dies gilt zunächst für seinen Fall, in welchem der Koth nicht des Gallengehaltes ermangelte, wiewohl er ein farbloses oder vielmehr weißliches Aussehen darbot; dies gielt für alle Fälle, in welchen der Koth zwar »thonartig«, aber nicht »acholisch« ist. Von »acholischen Darmentleerungen ohne Ikterus«, so führt der Verf. aus, darf man nur nach direkter Untersuchung des Kothes auf seinen Gallengehalt reden, da seinen Versuchen zufolge die Beimischung der oben genannten Seifen zu normal gefärbtem Stuhlgang diesen zu entfärben im Stande ist.

Bei Entziehung des Fettes sah M. in seinem Falle nicht nur den Koth normale Beschaffenheit annehmen, sondern auch den Zustand der Kranken sich wesentlich bessern. **G. Sticker** (Köln).

15. **Westphalen.** Zur subkutanen Blutinjektion nach der v. Ziemssen-schen Methode.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 2.)

W. berichtet über einen Fall von sogenannter essentieller Anämie, welche plötzlich nach einem fieberhaften Darmkatarrh bei einem 56jährigen Manne aufgetreten war. Die Abtreibung eines Botriocephalus latus erzielte keine Besserung, eben so wenig die Verabreichung von Liqu. ferri dialysat. Die Untersuchung des Blutes ergab eine erhebliche Abnahme der rothen Blutkörperchen (840 000 pro Kubikmillimeter). Durch die subkutane Injektion von 150 ccm defibrinirten Menschenblutes trat innerhalb von 8 Tagen eine auffällige und weiterhin bis zur Genesung führende Besserung ein. **Peiper** (Greifswald).

16. **L. Masotti.** Dell' idroterapia nello scorbuto.

(Bullet. delle sc. med. di Bologna Ser. VI. Vol. XXII.)

Von der Idee ausgehend, dass im Skorbut eine Atonie der vasomotorischen und trophischen Nerven der Hauptfaktor sei, dass die cirkulatorischen und nutritiven Störungen in dieser Krankheit nur die Folge jenes pathologischen Zustandes seien, hat Costetti in den Jahren 1873—1878 den Einfluss der Kaltwasserbehandlung auf Skorbutkranke (78 Fälle) studirt und wohlthätige Wirkung davon gesehen. Putti ließ ein Jahr nach der Mittheilung Costetti's (1880) ältere Erfahrungen über die Behandlung Scorbutischer mittels kalten Wassers veröffentlichen, die eine allgemeinere Empfehlung jener Behandlungsmethode (allgemeine und örtliche kalte Übergießungen, Abreiben und Duschen) gestatteten; von 65 Kranken der schwersten Art wurden 34 völlig geheilt. Vorsicht empfahl Putti in den Fällen, welche greifbare Läsionen des Herzens oder der Gefäße, so wie Komplikationen seitens der Lungen darboten; statt des Sturzregens und des breiten Strahles wendete er hier nur kalte Besprengungen oder höchstens den Sprühregen auf die unteren Extremitäten an. M. behandelte von 74 Skorbutkranken 45 mit dem kalten Sturzbad und sah, abgesehen von 4 Pat., bei denen aus verschiedenen Gründen die Kur nach wenigen Versuchen aufgegeben werden musste, sämmtliche also behandelte genesen oder wenigstens wieder leistungsfähig das Hospital verlassen. Eine Kontraindikation der Kaltwasserbehandlung findet er in excessiver Schwäche der Kranken, im Fieber, namentlich wenn es von Entzündungen der Schleimhäute, der serösen

Häute oder der Eingeweide herrührt, sodann im Gegensatz zu Costetti und Putti in einer akuten Exacerbation der Krankheit, so wie in sehr späten Stadien der letzteren. Hämorrhagien sind ihm keine Kontraindikation. In leichteren Fällen brauchte er nur 15—20, in schwereren musste er 50—60 Sturzbäder bis zur Heilung anwenden. **G. Sticker** (Köln).

17. **Pasquale de Tullio.** Delle inalazioni di aria raffreddata come emostatico nelle broncorragie.

(Riforma med. 1889. No. 108.)

Nach dem Vorgange von Seervino versuchte Verf. in der Klinik Cantani's an 3 Individuen die Wirksamkeit der Einathmung kalter Luft auf abundante Lungenblutungen; er sah letztere auffallend schnell unter jenen Inhalationen sistiren, auch da, wo die gebräuchlichen Medikamente (Tannin, Plumbum aceticum mit Opium, saure Limonaden) im Stiche gelassen hatten. Er empfiehlt zur Ausführung der Inhalationen einen von A. Tursini konstruirten Apparat, dessen Princip dasselbe ist, welches den Kühlapparaten beim Destillationsverfahren zu Grunde liegt. Ein Rohr, aus welchem der Kranke atmosphärische Luft einzieht, gabelt sich vom Mundstück abwärts 5fach; die 5 Zweigröhren (aus Weißblech) sind bis zu ihrem freien Ende in einen Kasten eingeschlossen, der mit Eis oder einer kälteerzeugenden Mischung gefüllt wird. Nach 5—10 Minuten sinkt die Temperatur der beim Einathmen durch den Apparat streichenden Luft im Sammelrohr auf den Gefrierpunkt des Thermometers. **G. Sticker** (Köln).

18. **R. Langerhans.** Ein Fall von Gastritis catarrhalis chronica cystica proliferans.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 3.)

Verf. beschreibt eingehend einen seltenen Fall einer ausgedehnten Veränderung der Magenschleimhaut. Die mikroskopische Untersuchung der bereits makroskopisch auffällig verdickten, von zähem, schwer ablösbarem Schleim bedeckten Schleimhaut ergab starke Verlängerung und Schlängelung der Drüsen, bedeutende Dilatation und Verschmelzung einzelner Drüsenschläuche zu größeren Cysten, schleimige Degeneration des Drüsenepithels neben Hyperplasien und Atrophien im intraglandulären Gewebe, also alles Zeichen einer ausgesprochen katarrhalischen Affektion, in welche mit Ausnahme eines geringen Streifens an der kleinen Curvatur die ganze Magenschleimhaut hineingezogen war. Verf. hält dafür, dass die Ursache der cystischen Entartung nicht in einer Verstopfung der Drüsenausführungsgänge gelegen ist, sondern theils in der Erkrankung der Drüse selbst, welche durch die Zähigkeit des Sekretes sich nicht richtig entleeren und dann leicht der Dilatation und Schlängelung anheimfallen kann, theils in der Atrophie des intraglandulären Gewebes. **Honigmann** (Gießen).

19. **Kohlmann.** Zur Ätiologie und Kontagiosität der Meningitis cerebro-spinalis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 17.)

Am 25. August kommt ein 17jähriges Dienstmädchen krankheitshalber zu ihren Eltern nach Remagen. Es bilden sich meningitische Symptome aus, unter denen die Kranke am 2. September stirbt. Die Leiche blieb bis zum 6. September in dem einzigen Zimmer des Hauses. Der Vater und Bruder liehen sich zum Begräbnis bei dem Landmann Franz M. und dem Fabrikarbeiter Bernh. B. einen Rock.

Von den beiden Letzteren erkrankte der 61jährige Franz M. in der Nacht des 19. December an Kopfschmerzen, Erbrechen, Krämpfen etc. Heilung. Sein 18jähriger Sohn erkrankte am 9. Januar an Frösteln, Kopfschmerzen, Erbrechen, Nackensteifigkeit etc. Heilung. Seine 23jährige Tochter erkrankte am 16. Januar unter den ausgesprochenen Erscheinungen einer Cerebrospinalmeningitis, die nach 48 Stunden zum Tode führte. Die Verstorbene war während ihrer Krankheit mehrere Male von einer 29jährigen gesunden Frau besucht. Dieselbe klagte nach 8 Tagen über Schwindel und Müdigkeit; nach weiteren 6 Tagen stellten sich Frost, Krämpfe, Delirien etc. ein. Heilung.

Am 29. Januar erkrankte der ebengenannte 14jährige Bernh. B. an Cerebrospinalmeningitis; er wohnte nicht in der Nähe der bisher erwähnten Personen; in der von ihm besuchten Fabrik herrschten keine Infektionskrankheiten. Tod nach 72 Stunden. Am 2. Februar legte sich seine 57jährige Mutter an kruppöser Pneumonie, in deren Verlauf Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit der Halswirbelsäule und Krämpfe in den oberen Extremitäten eintraten. Tod am 7. Tage der Erkrankung an Lungenödem.

Zu jener Zeit kamen weitere Fälle in der Stadt nicht vor.

Es erscheint auf Grund dieser interessanten Beobachtungsreihe die Annahme erlaubt, dass die von einer einfachen »Meningitis« herrührenden Krankheitserreger an Kleidungsstücken hafteten und, durch dieselben verschleppt, Fälle von Meningitis cerebro-spinalis und rudimentäre Formen derselben hervorriefen. Bezüglich der speciellen Natur des Krankheitserregers giebt der Verf. gelegentlich des Falles von Pneumonie, in deren Verlauf meningitische Symptome eintraten, anheim, an den Pneumococcus von A. Fraenkel zu denken. Obgleich gerade die vorliegende Infektionsreihe zeigt, dass der Erreger der Meningitis wesentlich immer wieder die gleiche Krankheit erzeugt, also doch ganz specifische Eigenschaften besitzen dürfte, kann Ref. nach den bisherigen Bakterienbefunden bei Meningitis bezüglich der Möglichkeit der erwähnten bakteriellen Ätiologie dem Verf. nur beipflichten; doch lässt sich nicht die Annahme umgehen, dass die biologischen Eigenschaften des Pneumoniecoccus hier in einer Weise modificirt waren, dass er eine mehr oder weniger ausgesprochene meningitische Erkrankung verursachte.

H. Neumann (Berlin).

20. Lanceraux. Les parasites de l'encéphale. Cysticerque hydatique du tissu cellulaire sous-cutané et de l'encéphale chez l'homme. (Leçon recueillie par Bouisson.)

(Union méd. 1889. No. 63.)

Ein 22jähriger Mann hatte an verschiedenen Stellen des Körpers mit Ausnahme der Beine eine große Zahl kleiner, schmerzloser Tumoren; dieselben waren unter der Haut leicht beweglich, so groß wie eine kleine Olive, glatt. Der Pat. hatte unter schlechten hygienischen Verhältnissen 38 Monate in Tonkin gelebt, wo er viel Schweinefleisch und unfiltrirtes schmutziges Wasser genossen hatte. Viele seiner Kameraden litten dort an Bandwurm, er selbst jedoch niemals. Vor zwei Jahren, ein Jahr nach seiner Rückkehr nach Frankreich, wurde er plötzlich bei der Arbeit schwindelig und stürzte unter Bewusstseinsverlust zur Erde. Diese Anfälle wiederholten sich, öfters war er nur momentan bewusstlos; niemals biss er sich in die Zunge, nach 10 Minuten war gewöhnlich der Anfall vorüber. 6 Monate lang waren die Anfälle häufiger gewesen und hatten dann nachgelassen. Um diese Zeit traten die genannten Tumoren am Kopf und Stirn auf. L. hielt dieselben für Cysticerken im subkutanen Zellgewebe; die Excision und Untersuchung einiger der Knoten bestätigte die Diagnose. Jene Anfälle sind auf die Anwesenheit von Cysticerken im Gehirn zu beziehen. Dieselben treten daselbst zahlreich auf, bereiten sich in der Nervensubstanz eine Höhle und durch Reizung der bindegewebigen Theile entsteht an ihrem Umfange eine abkapselnde Membran. Weitere Veränderungen können dann in der Höhle Atrophie und Verkalkung bewirken, so dass die Prognose der Hirncysticerken keine absolut schlechte ist.

Die Gehirnsymptome sind verschieden je nach der Zahl, dem Sitz und der Größe der Blasen; befindet sich der Parasit in der Medulla, so entsteht ein der Tabes ähnliches Bild. Dasselbe Verhalten zeigt sich bei anderen parasitären Tumoren im Gehirn. Bisweilen jedoch machen diese Tumoren, auch wenn sie wichtige Theile des Gehirns befallen, keine Erscheinungen im Leben, sondern werden erst bei der Obduktion gefunden. Die Entwicklung der Parasiten im Gehirn ist eine sehr langsame. Die Behandlung besteht in Darreichung von Arsenik und Jod (wohl mehr ut aliquid fieri videatur); die subkutanen Parasiten behandelt man mit Jodinjektionen oder Punktion.

Sehr ähnliche Symptome bewirkt der Echinococcus im Gehirn. Von anderen Parasiten daselbst sei noch die Aktinomykose erwähnt. G. Meyer (Berlin).

21. **L. Minor.** Contribution à l'étude de l'étiologie du Tabes.

(Arch. de neurol. 1889. No. 50 u. 51.)

Verf. schildert die Krankheitsgeschichten von 8 Tabesfällen, deren Ätiologie ihm für den Zusammenhang der Tabes mit der Syphilis deutlich zu sprechen scheinen. Die Fälle betrafen sämmtlich Frauen, von denen 7 sicher, die eine höchst wahrscheinlich specifisch inficirt waren. Die ersten deutlichen Symptome der Tabes ließen sich 3—16 Jahre nach der Infektion konstatiren.

M. stellt dann statistische Erhebungen und Vergleiche an über die Häufigkeit der Tabes und Paralyse unter den Nervenerkrankungen, so wie über das Vorkommen der Syphilis in der Anamnese jener Affektionen. Unter Berücksichtigung der Statistiken von Korsakoff, Kojewnitkoff und seines eigenen Materials kommt er zu folgendem Ergebnisse:

1) Unter den nervenkranken Russen sind 2,9% Tabiker, 2,6% Paralytiker; unter den russischen Juden 0,8% Tabiker und eben so viel Paralytiker. M. folgert daraus, dass Tabes und Paralyse unter den Nervenaffektionen gleich häufig vorkommen.

2) Lues ließ sich anamnestisch in 90% der Fälle von Tabes aus der Privatpraxis des Verf., in 72% der Hospitalpraxis konstatiren. Als Gründe dieser Differenz führt M. an, dass die ungebildeten Kranken häufig jene Affektion nicht kennen, resp. über die anamnestischen Daten aus ihrer Jugendzeit nichts angeben können oder die Lues verschweigen. Bei den Juden fand sich Syphilis in 87% der tabischen, in 83% der paralytischen Fälle. Die Lues findet sich in gleichem Verhältnis in der Anamnese der Tabes und der Paralyse, durchschnittlich im Vergleich mit anderen Statistiken in 60—70% der Fälle.

Während andere nervöse Erkrankungen, wie die Hysterie und die Neurasthenie, bei den russischen Juden sehr häufig vorkommen, ist die Tabes und die Paralyse eine seltene Erscheinung bei denselben. Bei den Russen kommen diese Affektionen 5mal so häufig vor. Aus dieser Thatsache und dem ferneren Umstande, dass die Syphilis bei den Juden wenig verbreitet ist, während sie bei den Russen 5mal so oft vorkommt, schließt Verf., dass unzweifelhaft die Syphilis und die Tabes ätiologisch zusammenhängen.

M. giebt dann die Geschichte eines Falles von ausgesprochener Tabes, wo als einziges ätiologisches Moment chronische Bleivergiftung zu konstatiren war. Daneben fand sich Intermittens. Letztere Erkrankung schließt M. als ätiologisches Moment für diesen Fall von Tabes aus. Die Annahme einer Pseudotabes glaubt er trotz des schnellen Verlaufes der Erkrankung und trotz des Fehlens aller Symptome seitens der Augen, unter genauer Berücksichtigung der von Leval-Piquechef aufgestellten differentiell-diagnostischen Momente von der Hand weisen zu können. Dagegen findet er eine Unterstützung seiner Ansicht in den Befunden Tuczek's bei Ergotismus.

Unter Hinweis auf die bekannten Fälle von Erkrankung der Hinterstränge nach dem Puerperium, nach Alkohol- und Absynthvergiftung, nach Infektionskrankheiten, nach Arsenikintoxikation und nach Diabetes mellitus, hält Verf. die Hinterstränge, analog den peripherischen Nerven, für toxische Einflüsse prädisponirt.

A. Neisser (Berlin).

22. **A. Gombault et Mallet.** Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance. Autopsie.

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 3.)

Beginn des Leidens im 7. Lebensjahre. Hereditäre Belastung. Mit 10 Jahren in Hospitalpflege wegen allgemeiner Schwäche. Progressiver stetiger Fortschritt der Erkrankung, die hauptsächlich in einer Störung der aktiven Bewegungen in allen Extremitäten besteht. Gleichzeitig mit dem Beginn jener allgemeinen Schwäche schlaffe Parese der unteren Extremitäten. Inkomplete Parese der oberen Gliedmaßen. Verlust der Sehnenreflexe. Lagegefühl an allen Extremitäten aufgehoben. Ataxie der Arme. Muskelatrophie besonders der Hände. Starke Störungen der Sensibilität an allen Extremitäten (Anästhesie, Analgesie,

Verlust des Temperaturgefühls). Kein Zittern. Keine Gehirnerscheinungen. Tod im Alter von 58 Jahren. Autopsie: Sklerose der Hinterstränge. Atrophie der grauen Substanz des Rückenmarkes. Sklerose der Rückenmarkswurzeln und der peripherischen Nerven. Fast völliger Schwund des Myelins in den Nervenfasern, dagegen ist in einem großen Theil der des Nervenmarkes verlustig gegangenen Nervenfasern der Achsencylinder erhalten.

Eine Tafel mit nicht sehr schön ausgeführten Abbildungen ist der Arbeit beigegeben. **A. Neisser** (Berlin).

23. Dubrisay. Des accidents nerveux et en particulier des convulsions chez les enfants.

(Union méd. 1889. No. 45.)

Der erste von D. beschriebene Fall betrifft ein $3^1/_2$jähriges Kind, welches an Pavor nocturnus litt; dabei Krämpfe von 20 Minuten langer Dauer in allen Extremitäten; jedoch hatten dieselben keinen klonischen Charakter. Die Affektion findet sich bei Kindern nach Digestionsstörungen etc., jedoch auch bei ernsteren (tuberkulösen Hirn-) Erkrankungen. Trotzdem jenes Kind erheblich hereditär tuberkulös belastet war, stellte D. eine günstige Prognose und bezog die Affektion auf eine starke Verdauungsstörung, verbunden mit Aufregung etc. Die eingeleitete Therapie, Regelung der Diät etc. bestätigte die Annahme des Verf., das Kind blieb dauernd geheilt.

Bei dem zweiten Kinde, in demselben Alter wie das obige, stellte sich plötzlich Nachmittags ein heftiger Krampfanfall ein, welcher nach Intermission wiederkehrte. Erbliche tuberkulöse Belastung lag hier nicht vor; hingegen war das Kind am Tage vorher mit Süßigkeiten aller Art überfüttert, dann in der Nacht in stark aufgeregtem Zustande bei 2—3° Kälte nach Hause gebracht worden. Ein leichtes Klysma nebst diätetischen Verordnungen genügten auch hier, um die Anfälle für immer zu beseitigen.

In beiden Fällen übrigens hatten sich die Kinder bei ihrer Großmutter den Magen in geschilderter Weise überladen. **G. Meyer** (Berlin).

24. A. Peyer (Schaffhausen). Incontinentia urinae in Folge Epilepsia mitis (Absentia epileptica), hervorgerufen durch Masturbation bei einem 10jährigen Knaben. Heilung.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 24.)

Ein 4 Jahre alter Knabe bekam einen (nach einem Jahre spontan verschwindenden) Prolapsus ani und von da an unfreiwilliger Urinabgang bis zu 10mal pro Tag unter gleichzeitig sich ausbildenden Kopfschmerzen, Zurückbleiben in der Entwicklung, scheuem, reizbaren, matten Wesen und Obstipation. P. findet Zurückgebliebensein des Genitalsystems, entzündliche Röthung der sehr langen Vorhaut. Der Knabe verspürt das Abgehen des Urins nicht und bemerkt nur nachträglich die Nässe seiner Wäsche und dasselbe tritt, wie die Eltern erst in der allerletzten Zeit bemerkten, nur bei gewissen eigenthümlichen Störungen (plötzliches Stillstehen auf der Straße, Innehalten mit der Löffel oder Gabel eben zum Munde führenden Hand unter gleichzeitigem starren Blicke) ein. Es handelte sich also um Epilepsia mitis, Absence der Franzosen. Erst nach Besserung des Zustandes in Folge wiederholten Katheterisirens der hyperästhetischen Harnröhre gestand der Knabe, dass er, so lange er sich erinnern könne, mehrmals täglich masturbirt habe. Spaltung des Präputiums, fortgesetzter Katheterismus, zuletzt Einspritzungen einer sehr verdünnten Lösung von Nitr. argent. mittels Ultzmann'schen Katheters vollendeten die Heilung in einigen Wochen. **K. Bettelheim** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. Sonnabend, den 9. November. 1889.

1. **Zaborowski.** Experimentelle Untersuchungen über die Regeneration der quergestreiften Muskeln.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. p. 415.)

Verf. experimentirte an Ratten, indem er durch intramuskuläre Injektionen von heißem Wasser Theile der Muskulatur zerstörte. Die Regeneration erfolgte stets von den zurückgebliebenen Muskelkernen aus, die sich als äußerst resistent erwiesen. Die Theilung der Kerne erfolgte durch indirekte Fragmentirung, direkte Segmentirung und indirekte Segmentirung. Es entstehen dann zunächst junge, spindelförmige Muskelzellen, von denen die meisten atrophiren und nur einige zu richtigen jungen Muskelzellen werden. Die Querstreifung trat erst nach 3 Monaten auf. **Hansemann** (Berlin).

---

2. E. A. Schäfer. On the functions of the temporal and occipital lobes: a reply to Dr. Ferrier.

(Brain 1888. Juli.)

Die Kontroverse zwischen S. und Ferrier über die sensorischen Rindenfelder (s. d. Centralbl. 1889 No. 10) wird fortgesetzt. S. weist, unter Veröffentlichung der von unparteiischer Seite aufgenommenen Versuchsprotokolle und von photographischen Reproduktionen der gesetzten Rindenläsionen, den Vorwurf Ferrier's, dass er seine Versuchsthiere ungenau beobachtet und die operativen Defekte ungenau wiedergegeben habe, zurück und formulirt nochmals seinen Standpunkt gegenüber dem Ferrier's, dessen Versuche und Schlüsse er einer abfälligen Kritik unterzieht, wie folgt: Die obere Schläfenwindung des Affen ist nicht als corticales Hörcentrum anzusehen: weder ihre einseitige noch doppelseitige Entfernung hat dauernde Taubheit zur Folge; die Lokalisation von Geruch und Geschmack im vorderen unteren Abschnitt des Schläfelappens lässt sich nicht aufrecht erhalten; das centrale Sehen ist nicht an die Integrität des kontralateralen G. angularis geknüpft; Zerstörung des letzteren hat nur dann Sehstörung — und zwar in Form von bilateraler Hemianopsie — zur Folge, wenn die Verletzung bis in den Stabkranz hinabreicht. Exstirpation eines Hinterhauptlappens erzeugt permanente Hemianopsie, der beiden Occipitallappen totale Blindheit.

Tuczek (Marburg).

---

3. A. Lingard. Ein Beitrag zur Kenntnis der Schutzimpfung gegen Anthrax.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 8.)

L. giebt das Resultat interessanter Versuche über Immunisirung der Mutter von dem inficirten Fötus her, von denen es nur zu bedauern ist, dass über ihre Zahl und Anordnung genügende Angaben fehlen. Er impfte Föten von Kaninchen mit Milzbrandbacillen und fand hierbei Folgendes: dringen bei der Inoculation des Fötus accidentell Bacillen in das Gewebe der Mutter, so unterliegt sie der Infektion; auch können die Bacillen nachträglich vom Fötus her in den Kreislauf der Mutter dringen und sie tödten. Erliegt aber nur der inficirte Fötus der Infektion, so wird die Mutter gegen Milzbrand immun und eben so die übrigen im Uterus befindlichen Föten. In diesem Falle lassen sich weder nach der Inoculation des Fötus aus dem mütterlichen Blute (durch Kultur oder Infektionsversuche mit demselben, weder in frischen noch gefärbten Präparaten) Bacillen gewinnen, noch auch sind sie bei Infektion des immunisirten Thieres nach 24 Stunden noch nachweisbar. Schon nach 36 Stunden — dem frühesten Zeitpunkt für die durch Infektion des Fötus veranlasste vorzeitige Geburt — besteht Immunität der Mutter und ist auch noch in gleicher Weise nach 8 Monaten vorhanden; die Föten sind hingegen nur immun, wenn die Geburt nicht früher als 6 Tage nach der Infektion vor sich ging.

H. Neumann (Berlin).

---

4. **Neelsen.** Über Lungenschwindsucht.

(Vortrag, gehalten am 19. Januar 1889 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.)

(Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1887/88.)

Es ist eine bedauerliche Thatsache, dass viele hervorragende Forscher über dem Studium der Bakteriologie die pathologische Histologie ganz außer Acht gelassen haben, ja dass sich sogar ein der Wissenschaft äußerst schädlicher und schwer begreiflicher Gegensatz zwischen Bakteriologie und pathologischer Anatomie stellenweise herausgebildet hat, anstatt dass diese beiden so eng verbundenen Wissenschaften Hand in Hand gingen. Um so dankenswerther ist es, wenn dieser Zusammenhang immer wieder aufs Neue betont wird, damit dieser Zwiespalt nicht weiter einreißt. (Die Nothwendigkeit einer besonderen Betonung dieses Zusammenhanges hat auch neuerdings wieder Grawitz, »die Entwicklung der Eiterungslehre und ihr Verhältnis zur Cellularpathologie«, Deutsche med. Wochenschrift 1889 No. 23, betont.) Von diesem Gedanken ausgehend hielt N. seinen Vortrag. Er will darin, wie er selbst sagt, nicht wesentlich Neues bringen, sondern nur ins Gedächtnis zurückrufen, was über dem überwältigenden Eindruck der Koch'schen Entdeckung des Tuberkelbacillus verloren gegangen ist. Er betont daher, wie durch den Tuberkelbacillus allein wohl Tuberkulose, niemals aber Phthise entstehen könne, sondern dass dazu weitere Schädigungen der Lunge durch Staubinhalation, durch sekundäre Infektionen etc. nöthig sind; und er zieht den Schluss daraus, dass, wenn man ein Specificum gegen Tuberkulose kennen würde, wie gegen Lues, man dadurch wohl eine Miliartuberkulose, nicht aber die Phthise heilen könne, sondern dass hierzu weitere Maßnahmen nöthig seien. Er schließt sich auch Koch und seinen Schülern darin an, dass jeder Mensch die gleiche Disposition für die Tuberkulose habe; für die Phthise dagegen ist die Disposition eine durchaus verschiedene, je nach der Konstitution und den Lebensbedingungen des einzelnen Individuum. Langjährige Phthisiker gehen selten an Tuberkulose zu Grunde, sondern meist an den durch Verschlucken des Sputums entstandenen Darmleiden, woraus der Verf. schließen zu dürfen glaubt, dass durch die lange Existenz der Tuberkelbacillen in der Lunge der übrige Körper in einen gewissen Zustand der Immunität gerathe. Der größte Theil des Vortrages wird entsprechend dem Zweck desselben eingenommen durch eine anschauliche Darstellung der histologischen Verhältnisse der Phthise. **Hansemann** (Berlin).

5. **Dante Tarsellini.** Sulla diffusibilità nell' organismo dei veleni introdottivi dopo la morta.

(Riforma med. 1889. No. 145—150.)

Auf Grundlage des bereits durch andere Autoren gewonnenen Materials und einer Reihe eigener Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Auf dem Wege der Imbibition oder der Infiltration kann ein Gift (in specie der Arsenik), welches in den Magen oder in irgend einen anderen Abschnitt des Verdauungstractus an der Leiche eingeführt wurde, sich durch den Kadaver des Menschen oder eines Thieres weiter verbreiten und so zu einem entfernten Punkte des Organismus gelangen.

2) Die Zeit, innerhalb welcher ein Gift durch Imbibition und Diffusion von einem Eingeweide zum anderen gelangt, ist verschieden nach den verschiedenen Organen: so findet man den Arsenik erst nach 6 oder 7 Tagen im Gehirn; in der Leber meist früher als in diesem Organ, aber, wenigstens für die beiden ersten Tage, nur in sehr geringer Menge und jedenfalls in weit geringerer Menge, als etwa Herz und Lungen davon enthalten.

3) Mit der gemachten Beschränkung kann sich das Gift in allen Eingeweiden ohne Ausnahme finden, wie die Untersuchungen des Verf. an der menschlichen Leiche darthun.

4) Längere Zeit nach der Einführung des Giftes in den Kadaver kann in allen Eingeweiden das Gift in einer mehr oder weniger beträchtlichen Menge nachgewiesen werden und hierbei zeigt sich, dass die Leber, welche in den ersten Tagen nach Injektion des Giftes gemeiniglich nur geringe Quantitäten des letzteren aufweist, später einen außerordentlich großen Gehalt an Gift zu haben pflegt, welcher die Giftmenge in anderen Organen übertrifft; dies sieht man namentlich dann, wenn die Einführung des Giftes in den Magen geschah.

5) Die Infiltration eines Giftes und mithin sein Auftreten in entfernteren Organen und Geweben ist in hohem Grade von der Lagerung des Kadavers abhängig, derart, dass für die Theile, welche tiefer als der Giftherd im Körper liegen, das Gesetz der Gravitation zur Geltung kommt, mithin eine größere Zufuhr des Giftes möglich wird.

6) Gegebenenfalls wird man eine zum Zweck der Täuschung unternommene postmortale Gifteinfuhr in den Körper dann nachweisen können, wenn die Untersuchung auf das Gift (Arsenik) recht bald nach Ausübung des Betruges geschieht, indem dann der Arsenik wohl im Herzen, im Blut, in den Lungen nachweisbar ist, aber nicht in der Leber und im Gehirn. Später wird die Diagnose, ob es sich um eine echte Vergiftung oder um postmortale Gifteinführung handelt, für die chemische Untersuchung unmöglich.

G. Sticker (Köln).

---

6. **L. Vincini.** Sull' uso dell' atropina nella chloroformizzazione.

(Gazz. degli ospitali 1889. No. 48.)

Im Hinblick darauf, dass das Atropin die Hemmungsinnervation des Herzens lähmt und das Respirationscentrum reizt, empfahl Albertoni vor mehreren Jahren (Vorlesungen 1882) jenes Arzneimittel im Chloroformunglück, in welchem umgekehrte Verhältnisse: Herz-

stillstand durch reflektorische Vagusreizung und Lähmung der Respiration, vorliegen; er stützte diese Empfehlung durch das Ergebnis von Experimenten am Hunde, welcher, sonst gegen Chloroform äußerst empfindlich, sehr große Gaben verträgt, wenn er vor Einleitung der Narkose Atropin auf subkutanem Wege zugeführt erhielt. Caselli und Secondi haben die Empfehlung Albertoni's in Unglücksfällen am Menschen erprobt, derart, dass Secondi keine Chloroformnarkose mehr einleitet, ohne Atropin zur Hand zu haben. V., der in einer großen Anzahl von Thierexperimenten die Angaben Albertoni's bestätigen konnte und den Erfolg nur da vermisste, wo übermäßig große Mengen Chloroform zur Anwendung gelangt waren und eine Coagulirung der Herzmuskelsubstanz herbeigeführt hatten, empfiehlt das Atropin zur allgemeinen Verwendung im Chloroformunglück. Auf seine Veranlassung mache Czerny auf der Heidelberger Klinik regelmäßig Gebrauch davon.

Die »prophylaktische« Dosis seien 2 mg Atropin. sulfur. in subkutaner Anwendung; bei Kindern die Hälfte. Als »curative« Dosis müsse öfter die doppelte Menge gebraucht werden. Wo Gefahr im Verzug sei, solle man — nach dem Vorgange von Bernard — das Mittel mittels der Pravaz'schen Spritze direkt in die Trachea injiciren.

G. Sticker (Köln).

---

7. **P. Strübing.** Über spontane Lungenhernien bei Erwachsenen.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 2.)

Die von Morel-Lavallé seiner Zeit (1847) publicirte Darstellung der Lungenhernien wird von S. kritisirt und ergänzt. Morel-Lavallé unterschied außer der traumatischen noch dreierlei, eine »consecutive«, angeborene und spontane Form. Die erstere, welche durch die Fälle dargestellt wird, in denen bei erhaltener Haut Verletzungen oder Substanzverlust der Thoraxwand zur Ausbildung der Hernie führen, wird von S. mit Recht zu der traumatischen gezählt und nur die Fälle dazu gerechnet, in denen der Bruch sich als ein indirekter und späterer Folgezustand z. B. bei Dehnung der Narbe entwickelt. Als spontane Hernien werden von Morel-Lavallé solche bezeichnet, in denen ohne vorherige Verletzung der Brustwand die Lunge durch die Macht der Exspirationskräfte an schwachen widerstandslosen Stellen herausgepresst wird. Die Prädilektionsstellen hierfür sind die obere Brustapertur, die nur hinten ein festes Dach besitzt und der vorderste Theil des 7.—9. Intercostalraumes ihrer dünnen Muskelschicht halber. Für das Zustandekommen nothwendig ist das Zusammenwirken von vermehrtem Lungenvolumen und verstärktem Exspirationsdruck. Die Hernie tritt dann entweder plötzlich, gelegentlich eines besonders starken Hustenstoßes durch, oder sie entwickelt sich allmählich. Je nach der Stärke des einen oder anderen Faktors kann sie stabil bleiben oder nur intermittirend auftreten. Von den physikalischen Symptomen ist bemerkenswerth die inspi-

ratorische Verkleinerung und exspiratorische Vergrößerung der Hernie: erstere um so bedeutender, je geringer entwickelt das bestehende Lungenemphysem ist. Bei der Palpation sind selbst die durch einen Muskelriss hindurchgepressten Hernien reponibel. Als auskultatorisches Phänomen wird von Morel-Lavallé ein hörbares und fühlbares Knistern neben sehr lautem Vesiculärathmen beschrieben, die Allgemeinheit dieser Symptome jedoch von S. bestritten und nur für besondere Verhältnisse zugestanden, in denen längere Zeit vor der Untersuchung keine forcirten Exspirationsstöße gemacht wurden, da die permanente Hernie gewöhnlich von der Athmung ausgeschlossen ist. Nur wenn die nach Resorption ihres Luftgehaltes an einander gelegten Alveolarwände durch forcirte Exspirationen aus einander gerissen werden, kommt es zu Knistern und zu lautem Vesiculärathmen. Perkussorisch giebt die Hernie natürlich vollen Lungenschall, bei Resorption ihres Luftgehaltes und Nachlass der Spannung in der Alveolarwand eventuell tympanitischen. Die Therapie richtet sich gegen das Emphysem, unter Umständen sind auch Pelotten und Verbände nöthig. Zum Schluss werden die nach Morel-Lavallé publicirten 3 Fälle reproducirt (Friedreich, Cocle und Clifford Allbutt), denen S. noch einen selbst beobachteten hinzufügt.

Honigmann (Gießen).

---

8. **Fiessinger.** Sur les manifestations rénales de la grippe.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 22.)

Man kann bei der Grippe verschiedene Nierenaffektionen beobachten: vorübergehende Glomerulitis mit transitorischer Albuminurie, akute hämorrhagische Nephritis ohne Ödem, akuten Morbus Brightii. Von der ersten Komplikation hat Verf. bereits einige Fälle veröffentlicht und berichtet nun noch über 3 Beobachtungen, von denen die eine die zweite, die beiden anderen die dritte Komplikation von Seiten der Nieren darstellen. Die akute hämorrhagische Nephritis, die mit einer Nierenkongestion verwechselt werden könnte, ist als Komplikation der Grippe daran erkennbar, dass eine Epidemie der letzteren vorhanden ist; bei der Nierenkongestion sind ferner die Seitenschmerzen erheblicher, und es fehlen bei letzterer die Rasselgeräusche in den Bronchien. Vom akuten Morbus Brightii bei Grippe beobachtete F. unter 83 Kranken 2 Fälle, welche beide in Genesung endigten. Die Prognose ist günstig; Milchdiät und Bettruhe bewirkten nach etwa 2 Wochen Heilung.

Jedenfalls ist es bemerkenswerth, dass die Grippe, deren parasitäre Natur noch nicht endgültig festgestellt ist, analoge Nierenerkrankungen wie andere akute Infektionskrankheiten im Gefolge hat.

G. Meyer (Berlin).

---

9. **Hadden.** Xerostomia (Dry Mooth).

(Brain 1889. Januar.)

Xerostomia nennt H., in Übereinstimmung mit Hutchinson, einen besonders bei älteren Frauen beobachteten Zustand der Mund-

und Rachenhöhle, der, wie es scheint, isolirt bei sonst Gesunden auftritt, bisweilen nach einem nervösen Shock. Das Grundsymptom ist Sekretionsmangel der Schleimhaut incl. der Speicheldrüsen mit Erschwerung des Sprechens und Schlingens. Die Zunge roth, vom Epithel entblößt, rissig und absolut trocken, wird mit dem Aussehen von rohem Rindfleisch verglichen. Die Schleimhaut der Wangen, des harten und weichen Gaumens ist blass, glatt, glänzend. In einzelnen Fällen stockt auch die Sekretion der Nasenschleimhaut und der Thränendrüsen; auch Trockenheit der Haut wurde beobachtet. Kein Zucker im Harn. Jaborandi erwies sich in einigen Fällen als nützlich.

Tuczek (Marburg).

---

10. Lewaschew. Über die therapeutische Bedeutung einiger neuen Herzgifte.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

In dieser sehr ausführlichen lediglich dem Sparteïnum sulfuric. gewidmeten Abhandlung reproducirt L. zunächst sehr eingehend fast Alles, was er bis jetzt über dieses Alkaloid in der Litteratur vorfinden konnte, sowohl Chemisches wie Experimentelles als auch Therapeutisches. Es folgt dann L.'s eigenes Beobachtungsmaterial: In 7 Fällen hatte das Sparteïn eine mehr oder weniger deutliche therapeutische Wirkung. In 15 anderen Fällen war es weder auf die Herzaktion noch auf die Harnabsonderung von irgend wahrnehmbarem Einfluss. Die Abhandlung enthält 37 Sphygmogramme, welche zum Theil den günstigen Effekt des Sparteïns auf die Cirkulation sehr deutlich demonstriren.

L. resumirt seine Erfahrungen über das Sparteïn selbst folgendermaßen:

»1) Das schwefelsaure Sparteïn kann zweifellos die geschwächte und arhythmische Herzaktion kräftigen und reguliren; war der Puls sehr beschleunigt, so wird er dabei verlangsamt.

2) Diese Wirkung des Sparteïns auf das Herz hat Erhöhung des Blutdruckes, Verminderung und gänzliche Beseitigung der Blutstauungssymptome, vermehrte Ausscheidung eines specifisch leichteren Harns, Verminderung hydropischer Erscheinungen und Verlangsamung der etwa beschleunigten Athembewegungen zur Folge.

3) Das Sparteïn wirkt nicht direkt diuretisch, d. h. nicht direkt auf das Nierenepithel.

4) Der Digitalis, dem Adonis und dem Strophanthus steht das Sparteïn in seiner Herzwirkung sehr nach.

5) Die verhältnismäßig schwache Wirkung des Sparteïns äußert sich nicht allein dadurch, dass es dem Grade nach geringe Veränderungen der Cirkulation und anderer Organfunktionen herbeiführt, sondern auch noch dadurch, dass es in Fällen, wo das Leiden schon längere Zeit bestand, so dass der Herzmuskel schwere degenerative Veränderungen aufweist und starke hydropische Erscheinungen be-

stehen, gar nicht wirkt, während die anderen Mittel noch eine mehr oder weniger bedeutende Wirkung ausüben.

6) Aus diesem Grunde wird das Sparteïn nur in verhältnismäßig frischen Erkrankungen anzuwenden sein. In schweren Fällen ist es ohne Bedeutung.

7) Der schwache therapeutische Effekt des Sparteïnsulfats ist nur durch seine verhältnismäßig schwache Wirkung auf das Herz und nicht durch geringen Bestand der durch dasselbe bedingten Veränderungen in der Herzaktion bedingt, da letztere ziemlich lange anhalten.

8) Wo Sparteïn positive Erfolge erzielt, treten diese oft schon nach 15 Minuten ein.

9) Daher eignet es sich bei schnell eintretender Herzschwäche, z. B. im Verlauf von Infektionskrankheiten und anderen Umständen sehr gut.

10) Die kleinste noch wirksame Dosis betrug 0,05 pro die. Verstärkung der Dose über 0,3 ist gewöhnlich nicht von einer entsprechenden Verstärkung der Heilwirkung begleitet.

11) Die zweckmäßigste Dosis ist daher 0,1—0,3 pro die in 3 bis 4 Gaben zu geben.

12) In solcher Dosis beschränkt sich die unerwünschte Nebenwirkung des Sparteïns nur auf eine Reizung des Verdauungskanals, wodurch ziemlich oft Durchfall, seltener Übelkeit und Erbrechen herbeigeführt wird.« **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

11. **Mahnert.** Der akute innere Darmverschluss und Werth der Magenausspülungen bei demselben.

(Memorabilien 1889. Februar, März, Mai.)

An der Hand von 8 Fällen von schwerem Ileus, die mit Magenausspülungen behandelt wurden, empfiehlt M. dieses seit der Kussmaul'schen Beobachtung durch zahlreiche Beobachtungen allgemein anerkannte unblutige Heilverfahren auf das wärmste. Hierbei nimmt M. die Gelegenheit wahr, eine allgemeine Eintheilung der Ursachen für die Veränderungen der Darmperistaltik und der Ätiologie des Ileus zu geben und außerdem die gesammte bisher angewendete nicht-chirurgische Therapie zu beschreiben. Verf. hat dabei noch nicht auf die neuen und allgemeinen Gesichtspunkte Rücksicht genommen, welche jüngst O. Rosenbach in seiner Veröffentlichung zur Symptomatologie und Therapie der Darminsufficienz (Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 13) dargelegt hat.

Den Magenausspülungen selbst weist Verf. eine doppelte Wirkung zu, nämlich eine kurative oder nur eine palliative, d. h. je nachdem eine heilende oder nur erleichternde Wirkung (z. B. bei inoperablen Carcinomocclusionen) erzielt werden soll. Wann und wie lange die Magenausspülungen vor einer vorzunehmenden Operation versucht werden sollen, vermag Verf. nicht im Allgemeinen zu

bestimmen; jeder einzelne Fall verdient in dieser Hinsicht die genaueste Erwägung, je nach der Ursache der Occlussion und dem allgemeinen Befinden. Zu beherzigen ist die Mahnung des Verf. zur Vorsicht in der Anwendung der Ausspülungen behufs Vermeidung der Aspiration von Kothpartikelchen, da schon öfters hierdurch septische Schluckpneumonien entstanden sind. Die vorzügliche Wirkung der Ausspülungen erklärt M. durch die Entlastung des prall gefüllten Darmes und des Abdomens nach dem Pylorus hin, durch die hierdurch wieder gebesserte Cirkulation des Blutes in der Bauchhöhle und die hierauf folgende Hebung des Allgemeinbefindens, nicht zum geringsten aber auch durch die leichtere Beweglichkeit, welche durch die Entspannung der Bauchhöhle die eingeklemmte oder abgeknickte Darmschlinge erfährt, so dass sie sich eher spontan reponiren kann. Eine ähnliche Wirkung, wie durch die Magenausspülung, wird übrigens nach Curschmann (Deutsche med. Wochenschrift 1886 No. 21) und O. Rosenbach (Berliner klin. Wochenschrift 1889 No. 17) zuweilen durch einfache Darmpunktion erzielt.

Rosin (Breslau).

---

12. **E. Pfeiffer.** Über einige Indikationen der Trinkwasserkuren mit dem Kochbrunnen in Wiesbaden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 26.)

Die in den letzten Decennien mit dem innerlichen kurgemäßen Gebrauche des Kochbrunnens erzielten Resultate veranlassen P. folgende Indikationen aufzustellen, die auch gelten für die versandten Wasser und Salze der genannten Quelle.

Katarrhe der Nase und des Rachens, besonders wenn auf skrofulöser Basis entwickelt, werden äußerst günstig durch Einziehungen und Einstäubungen beeinflusst; wesentlich ist bei dieser Wirkung der hohe Kalkgehalt der Quelle.

Bei Katarrhen der Luftwege, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien wirkt 3mal täglich in kleinen Mengen heiß getrunken die Quelle vorzüglich, besonders bei schwachen, heruntergekommenen, im ersten Stadium der Phthise stehenden Pat., bei denen unter dem Gebrauche nicht allein die lokalen Leiden gebessert, sondern auch die Gesammternährung gehoben wird.

Geradezu specifisch ist die Wirkung des Kochbrunnens bei Magen- und Darmkatarrhen, wie sie bei anämischen geschwächten Kranken angetroffen werden; er wirkt hier durch Beförderung aller Verdauungs- und Resorptionsprocesse. Am glänzendsten zeigt sich dieser Erfolg bei den Residuen von Magengeschwür und bei Magenerweiterung und ganz besonders bei mit Durchfällen einhergehenden Darmkatarrhen.

A. Frey (Baden-Baden).

Kasuistische Mittheilungen.

13. A. Elsenberg. Über den Favuspilz.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 2.)

Dem Verf. ist es bei seinen zahlreichen Kulturversuchen aus der Scutulis des Favus bisher nur gelungen, zwei Pilzarten zu erhalten, welche wahrscheinlich dem Quincke'schen β- und γ-Pilz entsprechen; die Varietät des Pilzes, welche Quincke als α-Pilz beschrieben, konnte er niemals auffinden. Unterschiede dieser zwei Pilzgattungen ließen sich nur auf zwei Nährböden, auf Kartoffel und Agar oder Agarglycerin, nachweisen. Auf Gelatine, Blutserum und Bouillon waren die Differenzen gleich Null oder sehr geringe. Da die mikroskopische Untersuchung auch keine Unterschiede ergab, so fasst Verf. die beiden Abarten als einen Pilz auf und bezeichnet sie als Varietät I und II des Favuspilzes. Die feineren Merkmale beider Varietäten müssen im Original nachgesehen werden. Impfungen ergaben bisher nur negative Resultate. **Joseph** (Berlin).

14. Hinterstoisser. Ein Fall von primärem Carcinom der großen Luftwege mit Metastase an einem Fingerendglied.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 19.)

Verf. macht zunächst auf das seltene Vorkommen der primären Carcinome der großen Luftwege aufmerksam und schildert dann folgenden von ihm beobachteten Fall:

Ein 59jähriger bisher gesunder Oberstlieutenant erlitt durch einen Sturz vom Pferde eine heftige Kontusion der Brust. Bald darauf Husten, Athembeschwerden, beständige Heiserkeit. Drüsenanschwellung an der linken Halsseite; heftige lancinirende Schmerzen im linken Arm. Nach 4 Monaten bildet sich an der Ringfingerbeere der rechten Hand eine schmerzhafte Verhärtung. Bald Zunahme aller Beschwerden und starke Abmagerung.

Stat. praes. bei der Aufnahme 8 Monate nach dem Sturze: Abgemagerter Mann, anämisch; Hautdecke fahlgrau. In der linken Supraclaviculargrube ein gänseeigroßer, tuberös-höckeriger Tumor. Über dem Sternum an der Incisura jugularis beginnt ein fast handtellergroßer Dämpfungsbezirk, der sich nach links und abwärts ohne scharfe Grenzen in die Herzdämpfung verliert. Über den Lungen katarrhalische und fortgeleitete Stenosengeräusche.

Das Endglied des rechten Ringfingers trommelschlägelähnlich aufgetrieben; in der Pulpa ein haselnussgroßer Knoten, dessen Wölbung eine seichte Ulcerationsfläche trägt. Stimme heiser, keuchende Athmung; laryngoskopisch: chronisch katarrhalische Affektion der Schleimhaut des Kehlkopfes und des oberen Trachealabschnittes; totale Lähmung des linken Stimmbandes.

Entleerung eines reichlichen eitrig-schleimigen, geballten Sputums. Mikroskopisch: große polymorphe, epitheliale Zellen mit gequollenem oder fettkörnigem Plasma und scharf kontourirten Kernen.

Der Verlauf des Falles bot nichts Bemerkenswerthes. Unter zunehmendem Kräfteverfall erfolgte zwei Monate nach der Aufnahme der Exitus, nachdem vorher das befallene Fingerglied wegen sehr heftiger Schmerzen abgesetzt worden war. Die Untersuchung dieser sekundären Geschwulst ergab ein Carcinoma simplex.

Die Sektion bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose: Krebs der Trachea und der Bronchien, krebsige Degeneration in den Lymphdrüsen, pneumonische Hepatisation im Unterlappen der rechten Lunge. **M. Cohn** (Berlin).

15. Goltdammer. Über Ileus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 10.)

Die Beobachtungen G.'s stützen sich auf 50 Fälle, unter denen in 38 Fällen die Ursache des Ileus näher festgestellt werden konnte. 15 von den 50 Fällen sind genesen, 35 gestorben.

In den 10 Fällen, in welchen es sich um Carcinom handelte, hatte dieses seinen Sitz am Dickdarm (ausgeschlossen sind die Rectumcarcinome); auffallend ist, dass sich unter diesen Fällen ein 25jähriges Mädchen und ein 26jähriger Mann befan-

den. Von den übrigen anatomischen Ursachen kam am meisten vor die Invagination.

Was die Therapie anlangt, so steht für G. obenan das Opium und strengste Diät. Nach erreichter Ruhigstellung des Darmes werden nach einigen Tagen Wassereingießungen von 1—3 Liter lauwarmem Wasser unter mäßigem Druck in das Rectum gemacht. Die Magenausspülungen haben in mehreren Fällen, in welchen sie angewandt wurden, keinen Nutzen gebracht. Die Darmpunktion wurde nur 1mal und ohne Erfolg benutzt. Die Gründe, welche G. bestimmen, der Laparotomie in der Behandlung des Ileus wenig das Wort zu reden, sind einmal die Schwierigkeit der Diagnose und die Thatsache, dass eine erhebliche Anzahl der Ileuskranken ohne Operation durchkommt. **Seifert** (Würzburg).

16. Some points in the treatment of intestinal obstruction.

(Discussion in der Royal academy of medicine in Ireland.)
(Dublin journ. med. sc. 1889. September.)

Ein Vortrag von W. T. Stoker in der chirurgischen Sektion der Royal academy of medicine in Dublin »über die Behandlung der Darmverschließungen« gab Anlass zur Diskussion dieses Themas. Es wurden nur einzelne besonders wichtige oder streitige Punkte dabei berührt.

Stoker selbst sprach hauptsächlich über die Fälle, in welchen die Unwegsamkeit des Darmes bedingt ist durch Lähmung der Muskulatur in Folge von Anhäufung von Gas oder Kothmassen. In solchen Fällen ist ein Lumbarschnitt selten indicirt und die Laparotomie nimmt wegen des starken Meteorismus gewöhnlich einen schlechten Ausgang. Jedenfalls sollte man, bevor man sich zur Eröffnung der Bauchhöhle entschließt, immer erst andere Mittel versuchen, vor allen Dingen Massage des Leibes und vorsichtige Darreichung von Abführmitteln; ferner sind große Dosen Belladonna von ausgezeichneter Wirksamkeit. Dagegen ist nach S. Opium in keiner Weise zu empfehlen; es maskirt nur die Erscheinungen und nützt nichts. Lokale Reizmittel (Rubefacientia) sind zu verwerfen. Punktion des Darmes bei starkem Tympanites sah S. oft sehr wirksam. Die Einführung langer Rohre ins Rectum widerräth S. ganz entschieden als gefährlich.

A. Meldon (Präsident) sprach sich über das geschmähte Opium sehr lobend aus; mit großem Vortheil könnte man auch subkutane Morphiuminjektionen geben. Klystiere empfiehlt M. ebenfalls sehr, dessgleichen Punktionen des Darmes.

Myles führte als Illustration dafür, wie weit Flüssigkeiten dringen können, die ins Rectum gespritzt werden, folgenden Fall an: Einem Manne, der an »Konstipation« litt, sollte Flüssigkeit so lange in den Mastdarm eingespritzt werden, als er sie bei sich behalten könnte; es wurde langsam 25 Minuten lang eingepumpt und nun kam mit jedem Drucke die Flüssigkeit aus dem Munde des Kranken heraus. Belladonna sah M. wie Stoker höchst wirksam; doch gab er sie gewöhnlich mit Opium zusammen.

Corley illustrirte die Ungefährlichkeit der Darmpunktionen durch folgende Beobachtung: Ein Mann, welchem die Kolotomie gemacht wurde, starb nach 3 Tagen; vor der Operation hatte man etwa 12 Punktionen des Darmes an verschiedenen Stellen gemacht und dabei auch immer ein gewisses Quantum Luft entweichen sehen. Bei der Sektion konnte man nicht eine einzige Punktionsstelle wiederfinden. In Bezug auf das Opium stimmt C. mit Stoker überein; auch er hält es für gefährlich, besonders desshalb, weil es Euphorie vortäuschen und den richtigen Zeitpunkt für eine Operation versäumen lassen kann.

Stoker präcisirt die Indikation für operative Eingriffe näher dahin, dass nur bei vermehrtem Widerstande gegen die Darmbewegung zu operiren sei, nicht bei verminderter Kraft des Darmes; freilich seien in praxi diese beiden Zustände nicht immer zu unterscheiden.

Doyle erklärte es für Pflicht des Arztes in Fällen von Darmverschließung die Klystiere selbst zu appliciren. **Küssner** (Halle).

17. Michael. Zur Ätiologie des Diabetes mellitus.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. p. 597.)

Der Kasuistik der Erkrankungen der Medulla oblongata, insbesondere der Rautengrube, fügt M. folgenden Fall hinzu. Ein 20jähriger bis dahin gesunder Mann erkrankt ohne nachweisbare Ursache an einem mittelschweren Diabetes. Nach 6monatlichem Bestande stirbt Pat. unter den Erscheinungen eines Koma. Die Sektion ergab einen freien Cysticercus racemosus im 4. Ventrikel, des Weiteren fanden sich ausgedehnte Granulationen und polypöse Wucherungen des Ependyms des 4. Ventrikels. **Peiper** (Greifswald).

18. Nothnagel. Thrombose des Sinus cavernosus.

(Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 24.)

Eine 70jährige Frau erkrankte vor 3 Jahren an rechtsseitigen Kopfschmerzen, die allmählich den Charakter der Trigeminusneuralgie annahmen. Dazu trat Schielen, endlich vollkommene Starrheit des rechten Augapfels.

Status praesens: Das rechte Auge geschlossen, oberes Lid ödematös, rechte Wange geschwollen; Temperatur rechts höher als links. Heftigste neuralgische Anfälle im Gebiet des rechten Trigeminus. Der Schmerz steigert sich bis zum Tic douloureux. Dabei besteht Anästhesie (»dolorosa«) der rechten Zungenhälfte, der Mundschleimhaut, so wie der Conjunctiva und Cornea rechterseits; ferner vollständige Ptosis, starke Injektion des Bulbus, Kerato-Iritis. Bulbus absolut starr; Abducens, Oculomotorius und Trochlearis gelähmt. Es findet sich also neben rechtsseitiger Ophthalmoplegie und Trigeminusanästhesie eine Ophthalmia neuroparalytica.

Diese multiple Hirnnervenlähmung weist auf eine basale Affektion in der mittleren Schädelgrube. Für Tumor liegt kein Anhaltspunkt vor. Die Gefäßerscheinungen so wie der ganze Gang der Ereignisse sprechen für Thrombose des Sinus cavernosus.

Die Thrombose ist wahrscheinlich durch eine Phlebitis des Sinus cavernosus zu Stande gekommen. N. glaubt, dass es sich in diesem Falle vielleicht zunächst um eine Meningitis gehandelt habe, welche zur Phlebitis in der mittleren Schädelhöhle führte, die sich auf den Sinus cavernosus fortpflanzte. **M. Cohn** (Berlin).

19. Thorburn. Spinal localisations as indicated by spinal injuries.

(Brain 1888. Oktober.)

In No. 8 des Jahrgangs 1888 d. Centralbl. wurde über eine Arbeit desselben Verf. berichtet, worin er sich die genauere Feststellung der Beziehungen bestimmter Nervenwurzeln zu bestimmten Muskel- und Hautgebieten zum Zwecke einer Vervollkommnung der spinalen Lokalisation zur Aufgabe macht. In der vorliegenden Arbeit vervollständigt und erweitert er seine Resultate auf Grund eines stattlichen Materials, indem er den früher publicirten 9 Fällen von Läsion des Cervikalmarkes 10 weitere hinzufügt.

Von diesen 19 Fällen lag in 13 Wirbelfraktur oder -Dislokation, in 5 Hämatomyelie, in 1 wahrscheinlich Meningealblutung vor; Wirbelverletzungen in allen Höhen zwischen dem 4. Hals- und 1. Brustwirbel waren zur Beobachtung gekommen. Die Vertheilung der primären motorischen und sensiblen Lähmung so wie die Reihenfolge der sekundären Lähmungen, entsprechend der aufsteigenden Myelitis, lag in den zur Sektion gekommenen Fällen den Lokalisationsbestrebungen zu Grunde, die besonders auf motorischem Gebiete zu sehr vollständigen Resultaten geführt haben, welche in nachstehender Tabelle niedergelegt sind. Von oben nach unten liegen die Muskelkerne für die obere Extremität in folgender Höhe:

Muskel	Nerv
Supraspinatus und Infraspinatus	4. Cervikalnerv
Teres minor (?)	4. Cervikalnerv
{Biceps	5. Cervikalnerv
{Brachialis anticus	5. Cervikalnerv
Deltoideus	5. Cervikalnerv
{Supinator longus	5. Cervikalnerv
{ » brevis	5. Cervikalnerv

Muskel	Nerv
Subscapularis	6. Cervikalnerv
Pronatores	
Teres major	
Latissimus dorsi	
Pectoralis major	
Triceps / Serratus magnus	
Extensores carpi	7. Cervikalnerv
Flexores »	8. Cervikalnerv
Interossei / anderen Binnenmuskeln der Hand	1. Dorsalnerv

Bezüglich der Sensibilität ließ sich Folgendes feststellen: die 5. Cervikalwurzel versorgt die Region des Deltoideus, so wie die Radialfläche von Ober- und Unterarm incl. Daumen, die 8. Cervikal- und 1. Dorsalwurzel die Ulnarfläche von Ober- und Unterarm inclusive kleinem Finger, die zwischenliegenden Wurzeln die centralen Partien der vorderen und hinteren Fläche der Oberextremität.

Die gewonnenen Resultate werden zur Stellung bestimmter Lokaldiagnosen bei einigen überlebenden Fällen verwerthet; sie werden, wie Verf. zu erwarten berechtigt ist, auch in manchen Fällen von sog. »Rückenmarkserschütterung« eine anatomische Diagnose ermöglichen.

Im Einzelnen ergeben sich folgende diagnostische auch forensisch wichtige Momente:

Schmerz bei Herabdrücken des Kopfes ist durchaus nicht so konstant bei Fraktur oder Dislokation der Halswirbelsäule wie gemeinhin angenommen wird; ein eben so inkonstantes Symptom ist die Hyperästhesie. Die Sehnenreflexe fehlen meist, aber nicht immer bei Dislokationsfrakturen und waren in einigen längere Zeit überlebenden Fällen noch nach mehreren Wochen nicht wiedergekehrt. In einem Falle waren sofort nach der Verletzung die Sehnenreflexe lebhaft gesteigert, was sonst erst mit Eintritt in das spastische Stadium der sekundären Degeneration der Fall zu sein pflegte. Die Hautreflexe unterhalb der Stelle der Läsion fehlten in allen Fällen bis auf einen, der durch Hyperästhesie ausgezeichnet war. Ausnahmslos bestand Verengerung der Pupillen (mit aufgehobener Reflexerweiterung bei Hautreizen) und der Lidspalten. Zweimal waren die Initialveränderungen einer Neuritis optica zu konstatiren. Incontinentia urinae und Priapismus bestand regelmäßig außer in jenen Fällen von centraler Hämatomyelie, in denen die peripherischen Rückenmarksfasern muthmaßlich erhalten geblieben waren. In 4 Fällen von Dislokationsfraktur, sämmtlich im obersten Abschnitt der Brachialregion, waren hohe Temperaturen (bis 43,3° C.), in 1 Falle, wo die Läsion zwischen letztem Hals- und erstem Brustwirbel saß, niedere Temperaturen (bis 32.8° C.) zu beobachten. Puls, meist langsam, voll und weich, zeigte 1mal sehr deutliche Respirationsschwankungen. Glykosurie und Albuminurie wurde vorübergehend je in 2 Fällen konstatirt.

Tuczek (Marburg).

20. **Tuczek.** Schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde (Antipyrinepilepsie).

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Den mit der ausgedehnten Anwendung des Antipyrins sich mehrenden Fällen von Antipyrinvergiftung reiht T. einen Fall an, der ein bisher noch nicht beobachtetes Symptomenbild zeigt.

T. behandelte seine 3 Kinder, die an Keuchhusten litten, nach der Sonnenberger'schen Vorschrift. Die beiden jüngeren vertrugen das Antipyrin gut, das dritte, ein kräftiger 4jähriger Knabe, verfällt — wir halten uns an das Résumé von T. — »aus völliger körperlicher (vom Keuchhusten abgesehen) und geistiger Gesundheit heraus, nachdem er 3 Wochen lang täglich 1,2 g Antipyrin je in drei Dosen pro die genommen hatte, nach vorausgegangenem Erbrechen in einen Zustand von Somnolenz, der in tiefen Sopor übergeht; in diesem Zustand stellen sich motorische Reizerscheinungen stürmischer Art ein, gehäufte epileptische

Krampfanfälle, serienweise theils komplete mit allgemeinen Konvulsionen, die in bestimmter Reihenfolge eintreten, theils unkomplete mit partiellen einseitigen Zuckungen; Muskelspannungen, Zähneknirschen, Jactationen; eigenthümlicher Athmungstypus. Arhythmie der Herzthätigkeit, Pupillenerweiterung. Gleichzeitig tritt ein makulöses Exanthem auf, bei subnormaler Temperatur und verlangsamtem gespanntem Puls. Am dritten Krankheitstage beginnt sich das Bewusstsein aufzuhellen, die Krämpfe klingen ab und kehren vom vierten Tage an nicht wieder; Ermüdungserscheinungen dauern noch einige Tage an, um alsbald völliger und dauernder Gesundheit wieder Platz zu machen«. Während der ganzen Krankheit Acetonurie. **H. Neumann** (Berlin).

21. **Litten.** Ein seltener Fall von Kohlenoxydvergiftung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 5.)

Ein Mann überstand mit seiner Frau eine schwere Kohlenoxydvergiftung, die Frau überstand die Intoxikation ohne schwere Folgezustände, bei dem Manne (Handarbeiter) wurde 20 Stunden, nachdem er zum Bewusstsein gekommen war, eine teigig-sulzige Anschwellung des rechten Armes von den Fingern bis über die Schulter hinaus konstatirt. Außer dieser Infiltration fand sich eine totale motorische Lähmung, welche sämmtliche Nerven in gleicher Weise betraf, und ferner im gesammten Umfange der infiltrirten und gelähmten Partie eine vollständige Anästhesie. Die Reflex- und elektrische Erregbarkeit (letztere sowohl vom Muskel wie vom Nerven aus) total erloschen. Außerdem wurde noch das Auftreten von pemphigusartigen Blasen auf dem Handrücken beobachtet. Die Schwellung nahm in den nächsten Tagen noch zu.

S. hält es für wahrscheinlich, dass es sich um eine Erkrankung des Plexus brachialis handeln dürfte, welche in einer hämorrhagischen Infiltration bestehen könnte. **Seifert** (Würzburg).

22. **v. Hoffmann und Lange.** Beobachtungen über das Ichthyol nach 3jähriger Anwendung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Mai.)

Trotz des Ausspruchs v. Nussbaum's, dass »das Ichthyol wegen seiner Universalität leicht für Publikum und Ärzte etwas Verdächtigendes an sich tragen könne«, glauben die Verff. dasselbe doch auf den heterogensten Gebieten der internen und externen Therapie auf Grund ihrer Erfahrung auf das Wärmste empfehlen zu müssen. Das Ichthyol erscheint hierdurch geradezu als ein Universalmittel. Sämmtliche Erkrankungen des Verdauungstractus, Flatulenz und Ructus, Diarrhoen und Verstopfungen, so wie übelriechende Sedes werden außerordentlich günstig beeinflusst; Ichthyol ersetzt Marienbader und Karlsbader Kuren, die Phthise, die Skrofulose der Kinder wird durch Ichthyolgebrauch gebessert. Sehr zu empfehlen ist es auch bei der Gicht. Noch mannigfaltiger und dankbarer ist die heilbringende Wirkung des Ichthyols bei äußerlicher Anwendung. Knochenfisteln, skrofulöse Drüsen, Blutungen werden erfolgreich damit behandelt; bei Gesichtsplastik erzeugt es »in geschickter Hand« ausgezeichnete Narben. Bei Verbrennungen selbst 2. Grades, bei Gelenkentzündungen, bei Gelenkdistorsionen, allen Arten von Erythemen, bei Kopfschmerzen, Venenstauungen »mit und ohne etwaige Ulcera cruris«, bei Lymphangitis, bei chronischen Blasenkatarrhen etc. erscheint es von vorzüglicher Heilkraft.

Die Empfehlung erstreckt sich auf sehr mannigfaltige Gebiete, doch fehlt leider jede Statistik, so dass eine kritische Untersuchung von vorn herein unmöglich gemacht ist und den Lesenden die Verpflichtung auferlegt wird, auf Treu und Glauben die Vorzüglichkeit der Wirkung hinzunehmen. **Rosin** (Breslau).

Bücher-Anzeigen.

23. Th. Deneke. Mittheilungen über das neue allgemeine Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf.

Braunschweig, Fr. Vieweg & Sohn, 1889. 795 S. Mit einem Situationsplan und 21 in den Text gedruckten Figuren und Zeichnungen.

Neben dem bisherigen alten Krankenhaus, das fernerhin noch für mehr indifferente chronische Fälle und Sieche in Gebrauch bleiben soll, hat Hamburg jetzt eine neue Anstalt, ausschließlich für solche Kranke bestimmt, die unter bestmögliche hygienische Bedingungen gebracht werden sollen. Die neue Anstalt erscheint speciell desshalb von Interesse, weil bei ihrer Einrichtung der Rath des ärztlichen Leiters (Curschmann) von maßgebendster Bedeutung war.

Die Lage des neuen Krankenhauses ist zunächst vollständig frei, die Entfernung nach den nächsten bebauten Grundstücken beträgt im Minimum 200 m; ferner liegt das Baugelände hoch, allen Luftströmungen frei zugänglich, der Baugrund, der nie zuvor zu Wohnplätzen gedient hat, besteht aus feinem, dichten Sand, bedeckt von einer sehr dünnen Humusschicht. Der Grundwasserspiegel wurde bei den vorgenommenen Aufgrabungen niemals erreicht. Der Bauplatz hat einen Flächenraum von 18,36 Hektar, so dass bei einer Anzahl von 1340 Krankenbetten ca. 137 qm auf das Bett kommen. Bei Berechnung des ganzen angekauften Areals, die in so fern berechtigt erscheint, als der größere Theil desselben wahrscheinlich zu öffentlichen Gartenanlagen verwandt werden wird, erhöht sich diese Zahl auf mehr als das Doppelte.

Bezüglich des Bausystems entschied man sich für die Herstellung von einer großen Anzahl von fast ausschließlich eingeschossigen Gebäuden und nahm von einer Verbindung derselben durch gedeckte Gänge etc. Abstand. Sämmtliche Krankenräume erhielten elektrische Beleuchtung. Als Typus der ganzen Anlage ist der für 33 Betten bestimmte große Krankenpavillon zu betrachten. Derselbe erhielt eine Stellung mit der Längsachse von Nordwest nach Südost, so dass der am häufigsten in heftigen Stürmen auftretende Nordwestwind in der Längsrichtung der Gebäude streicht, die Sonnenbestrahlung der heißesten Stunden sich nicht gegen die Saalwände richtet. Im Gegensatz zu Knauf betrachtet D. das direkte Sonnenlicht für die meisten Kranken, speciell für Fieberkranke, für keine Annehmlichkeit. Der große Pavillon enthält einen Krankensaal zu 30 Betten, an den beiden Seiten desselben die Nebenräume, 3 Isolirzimmer, Badezimmer etc. Die Thüren sind so gelegt, dass, wenn dieselben gänzlich geöffnet sind, eine breite Luftbahn durch die ganze Länge des Gebäudes hergestellt ist. Der Fußboden besteht aus Mormorterrasso, die Höhe der Räume beträgt 5 m, die Fenster sind durchweg einfach, 3,75 m hoch. Auf den einzelnen Kranken kommt ein Luftkubus von 36,55 cbm, der sich aber durch Zurechnung des vor dem Krankensaal befindlichen Tagesraumes um 10 cbm steigert, eine Fensterfläche von 2,56 qm pro Bett. Jeder Pavillon besitzt eine Heizanlage für sich; als Heizsystem wurde die Niederdruckdampfheizung von Beschem & Post in Hagen wegen ihrer absoluten Gefahrlosigkeit, selbstthätigen Regulirung, leichten Bedienung, Sparsamkeit und Permanenz des Betriebes gewählt. Zum ersten Mal ist in diesem Krankenhaus das Princip der Fußbodenheizung in größerem Maßstabe durchgeführt worden; die Vorzüge derselben sieht D. darin, dass dadurch die Herstellung undurchlässlicher Fußböden, deren Kälte sonst unangenehm wirkt, gestattet ist, dass die Lufteirkulation und gleichmäßige Mischung der Luft bewirkt, dass die Befeuchtung der erwärmten Luft in besonders einfacher und ausgiebiger Weise zu erreichen ist. Diese Fußbodenheizung hat sich bisher vollständig bewährt, ihre Kosten waren allerdings ziemlich hohe. Für die Ventilation der Pavillons wurden mit Rücksicht auf ihre isolirte Lage, große Fensterfläche etc. Dachreiter und Glasjalousien für ausreichend erachtet; eine Unterkellerung des Pavillons fand nur so weit statt, als es für die Heizung nothwendig war, und wurden dadurch die Kosten des Baues erheblich vermindert.

Abweichend von diesem Grundtypus verhalten sich die beiden Pavillons für Augenkranke und die Kinderstationen, ferner die für kontagiöse Krankheiten be-

stimmten Isolirgebäude. Bei diesen sind zwei Typen adoptirt, große Isolirpavillons für 15 Betten, für den regelmäßigen Gebrauch bei solchen kontagiösen Krankheiten bestimmt, welche gewöhnlich in einer größeren Anzahl von Fällen vorhanden sind; kleine zu 6 Betten für seltenere Infektionskrankheiten bestimmt. Von beiden Typen sind je 11 Exemplare vorhanden. In besonderen Fällen können auch noch die bereits früher errichteten Holzbaracken benutzt werden.

Auf den ganz abweichenden Bau des Delirantenhauses, der 4 Häuser für Privatkranke, vom Operationshaus, Badehaus, Leichenhaus, Verwaltungs- und Wirthschaftsgebäuden können wir hier nicht näher eingehen.

Bei der Beschaffung des Mobiliars des Krankensaales, dessen Beschaffenheit durchweg nach Angabe Curschmann's erfolgte, wurde hauptsächlich auf bequeme Reinhaltung, bequeme Desinficirbarkeit, Einfachheit und Dauerhaftigkeit geachtet. Als Material wurde demnach Glas, Eisen, Stein und Porzellan bevorzugt, die Form glatt, die Farbe hell gewählt.

Trotzdem sonach beim Bau auf alle hygienischen Wünsche weitgehendste Rücksicht genommen wurde, stellen sich die Kosten des Baues und des Inventars zusammen doch nur auf 4590 ℳ pro Bett, also bedeutend geringer als bei anderen großen Krankenhäusern. **Strassmann** (Berlin).

24. Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser zu München, hrsg. von v. Ziemßen. Bd. IV.

München, **Rieger**'sche Univers.-Buchhandl., 1889. 528 S.

Den reichen Inhalt des vorliegenden Bandes an dieser Stelle eingehend zu besprechen, dürfte nicht angehen. Wir beschränken uns darauf hinzuweisen, dass sich in den Krankenhausberichten, welche den ersten Theil ausmachen, neben der Statistik eine reiche Kasuistik findet. Aus den werthvollen statistischen Aufstellungen wird u. A. interessiren, dass in dem Quinquennium 1880—1884 in Summa 649 Typhusfälle behandelt wurden, wobei sich im Krankenhaus rechts wie links der Isar die Mortalität übereinstimmend auf ca. 8% stellte (Behandlung mit kühlen Bädern und Antipyreticis). Beim akuten Gelenkrheumatismus ist die Beobachtung bemerkenswerth, dass die Disposition zu demselben sehr auffällig im umgekehrten Verhältnis zur Aufenthaltsdauer in München stand. Auf der Nussbaum'schen Klinik hält man noch wegen ungünstiger räumlicher Verhältnisse am Spray fest, zur Blutstillung, der man besondere Aufmerksamkeit schenkte, wurde das Wasserstoffhyperoxyd »in der ausgiebigsten Weise mit dem schönsten Erfolge« benutzt. Es wurden 627 Neubildungen mit 21,2% Mortalität behandelt (bei Ausschluss der Uteruscarcinome und der inoperabeln Fälle 19,1% Mortalität).

In den Originalarbeiten weist v. Nussbaum auf die ungünstige prognostische Bedeutung blutig gefärbten Wundsekretes hin; v. Ziemßen zeigt, dass die Schwindsuchtssterblichkeit in München in konstanter Abnahme ist; in den letzten 15—18 Jahren ist sie von 5,50 auf 3,66 (auf 1000 Einwohner) heruntergegangen. In Zaubser's Aufsatz »zum Milchkonsum der Stadt München im Jahre 1882« ist es u. A. interessant zu sehen, wie die dem Bedürfnis entsprechende Milchversorgung der Hauptstadt in der producirenden ländlichen Umgebung stellenweise Milchmangel nach sich zieht, mit dem eine erhöhte Kindersterblichkeit korrespondirt. Martin giebt eine bemerkenswerthe Mittheilung über transitorische hämorrhagische Diathese (3 Fälle mit 2 Obduktionen), unter welcher Bezeichnung er Morbus macul. Werlhofii, Purpura haemorrhagica, Peliosis rheum. u. A. m. zusammenfasst und neben dieser nur den Skorbut und die Hämophilie als selbständige hämorrhagische Erkrankung zulässt. Schließlich berichtet Ostermaier über einen (relativ) geheilten Fall von Meningitis cerebrospinalis syphilitica, Schulthess über Fieber bei subkutanen Frakturen, Helbing über die Wirkungen des Thallins. **H. Neumann** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu Medicinischer Anzeiger und ein Prospekt: Synthetische Carbolsäure der Badischen Anilin- und Sodafabrik in Ludwigshafen a/Rh.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. Sonnabend, den 16. November. **1889.**

Erkennung und Bestimmung der freien Salzsäure im Magensaft.

Von

Prof. **F. Albin Hoffmann** in Leipzig.

Der Rohrzucker nimmt, wenn er in wässriger Lösung mit irgend welchen Säuren zusammenkommt, Wasser auf und zerfällt in Dextrose und Lävulose. Dabei ändert sich sein optisches Drehungsvermögen sehr stark und man kann mit einem guten Polarisations-

apparate ausgerüstet, sehr leicht die Menge des in irgend einer bestimmten Zeit umgewandelten Zuckers bestimmen. Die verschiedenen Säuren sind nun ungemein verschieden wirksam, die Mineralsäuren wirken sehr stark und unter ihnen die Salzsäure am stärksten, die organischen Säuren dagegen wirken so schwach, dass in einigen Stunden gar keine oder nur bei sehr hohen Koncentrationen eine geringe Änderung der Rohrzuckerlösung herbeigeführt werden kann. So sind die im Magensaft vorkommenden Mengen bedeutungslos für kurzdauernde Einwirkungen, während die Salzsäure in demselben sich schnell verräth, wenn man den fraglichen Saft mit einer bekannten Rohrzuckerlösung stehen lässt und nach einer oder einigen Stunden die Drehung untersucht. Wärme befördert diesen Vorgang sehr bedeutend. Da der Magensaft selbst in der Regel rechts drehende Körper enthält, welche durch die Salzsäure geändert werden könnten (selbst Rohrzucker wäre ja nicht auszuschließen), so muss man zum Vergleich neben der aufgestellten Mischung reinen Magensaft stehen lassen und beobachten, ob bezw. wie stark dessen Polarisation sich ändert. Auch könnten im Magensaft Fermente vorhanden sein, welche ähnlich wie die Salzsäure auf den Zucker wirken und so Salzsäure vortäuschen könnten. Diesen Fehler wird man vermeiden, wenn man in einem dritten Gefäß Magensaft mit Rohrzucker und einem Zusatz von essigsaurem Natron aufstellt, letzterer hinreichend, um alle vorhandene Salzsäure zu binden. Es darf sich dann in dieser Mischung die Drehung nicht ändern.

Die beiden angeführten Fehlerquellen sind nicht oft vorhanden, ich habe bis jetzt nur die erste und nur in einem Falle von Belang gefunden.

Die angeführte Reaktion arbeitet eben so fein (oder noch feiner) wie die Farbstoffreaktionen, welche wir besitzen; Congo, Tropäolin, Methylviolett, Günzburg's Reaktion werden immer für die Praxis das Bequemere bleiben. In schwierigen Fällen kann aber die Methode doch von Werth werden. Wir sind zwar jetzt nach einer Reihe von Arbeiten, zuletzt der von Klemperer, viel klarer geworden über die Bedingungen, unter welchen die Farbstoffreaktionen ausbleiben können, aber die Frage ist noch nicht erschöpft. Unsere Reaktion giebt, wie die Farbstoffe, nur die freie, physiologisch noch wirksame Säure an, aber sie hat sie mir auch einige Male gegeben, wo mich die Farbstoffe im Stiche ließen. Daraus muss ich schließen, dass die Wirkung der Salzsäure auf die Farbstoffe zuweilen verhindert sein kann, auch wenn die erstere ganz und gar physiologisch wirksam vorhanden ist. Für solche allerdings seltene Fälle wäre das Zuckerverfahren also ausschlaggebend. Noch bedeutsamer aber ist es, weil es gestattet, die vorhandene freie Säure quantitativ zu bestimmen. Die Grundlagen für dies Verfahren sind gegeben in dem Werke von Ostwald[1]. Es werden vier gleiche Fläschchen bereitet,

[1] Lehrbuch der allgemeinen Chemie Bd. II. p. 616 ff.

das eine enthält eine bekannte Menge Rohrzucker und Salzsäure, das zweite dieselbe Menge Rohrzucker und Magensaft, das dritte reinen Magensaft, das vierte Magensaft, Rohrzucker und essigsaures Natron. Die Drehung aller vier Mengen wird bestimmt, dann stehen sie einige Stunden in der Wärme, zum Schluss wird die Drehung wieder bestimmt. Z. B.: Es wurde ein Magensaft von +1,05 und eine Rohrzuckerlösung von +11,55 Drehung genommen und folgende Fläschchen aufgestellt: (1) mit 10 ccm Zuckerlösung, 10 Magensaft, dreht +6,3. (2) mit 10 ccm Zuckerlösung, 7 ccm Wasser, 3 ccm einer halb normalen Salzsäure = 0,05475 HCl, dreht +5,77. (3) 20 ccm reiner Magensaft, dreht +1,05. (4) 9 ccm Magensaft, 9 ccm Zuckerlösung, 2 ccm einer 10%igen Lösung von Natron acet., dreht +5,65. Die Flaschen standen 4 Stunden in einem mit Wasser von 60° gefüllten Topfe, der mit Filz überzogen und vor Abkühlung nach Möglichkeit geschützt war (in Ermangelung eines Thermostaten that diese einfache Vorrichtung alle gewünschten Dienste). Am Schlusse des Versuches drehten: (1) +4,5, (2) —0,5, (3) +1,0, (4) +5,6. Die Abweichungen bei (3) und (4) liegen in den Fehlergrenzen meines Apparates, die oben berührten Fehlerquellen kommen hier also nicht in Betracht.

Die Rechnung findet nun statt nach der Formel: $lA - l(A - x) = C$. A ist die ursprüngliche Zuckermenge, x die am Ende des Versuches umgewandelte. Da hier mit der Drehungszahl gerechnet wird, so muss ich also für A den ganzen Umfang der Polarisation setzen, welchen die genommene Menge Rohrzucker unter dem Einflusse der Salzsäure überhaupt durchlaufen kann. Man findet nun aber die Grenze, bis zu welcher die Drehung überhaupt abnehmen kann (und welche auf der negativen Seite liegt), wenn man die ursprüngliche Drehung mit 0,4416 für 0° multiplicirt, für jeden Grad mehr ist diese Zahl um 0,00506 kleiner zu nehmen. Die Berechnung in diesem Falle war mit der Zahl 0,34 anzustellen. Es findet sich

für Flasche (1)	(2)
$A = 7,73$	$= 7,73$
$x = 1,8$	$x_{,} = 6,27$
$\log^{1} A = 0,88818$	$= 0,88818$
$\log(A - x) = 0,77306$	$\log(A - x_{,}) = 0,16435$
$C = 0,11514$	$C_{,} = 0,7238$

Also 0,05475 HCl wirken $\frac{0,7238}{0,1151} = 6,3$mal so stark als der angewandte Magensaft, d. h. derselbe enthält 0,0085 physiologisch wirksame Salzsäure.

Auf diese ausgezeichnet einfache und sichere Methode hat mich Herr Prof. Ostwald hier zuerst aufmerksam gemacht und mich bei der Ausarbeitung in jeder Weise gefördert. Das volle Verständnis für dieselbe ist einem wenig physikalisch Gebildeten nicht so ganz

[1] Da später mit dem Quotienten der beiden Logarithmen gerechnet wird, so kann man für l bequemer log. nehmen.

leicht zu gewinnen und muss ich für diesen Zweck auf ein genaues Studium des betreffenden Abschnittes in dem Ostwald'schen Werke hinweisen[3]. Hier gebe ich nur so viel als nöthig ist, um die Sache praktisch auszuführen, wie es Jeder kann, der einen Polarisationsapparat zur Verfügung hat. Das Material über die experimentelle Untersuchung und Würdigung dieser Methode werde ich an einer anderen Stelle ausführlich bringen. Auch wird zu zeigen sein, dass die Fehler dieser Methode, welche aus den Untersuchungen von Szabo (Jahresbericht für Thierchemie VII) und Maly (Hermann, Handbuch der Physiologie V, 2) hervorgehen, für unsere Zwecke nicht ins Gewicht fallen.

Leipzig, den 31. Oktober 1889.

---

1. E. Anthen. Über die Wirkung der Leberzelle auf das Hämoglobin.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1889.

Im Anschluss an die Arbeit von A. Schwarz (vgl. d. Centralbl. 1888 No. 45) untersuchte Verf. die Wirkung der Leberzelle auf das Hämoglobin, nach einer Methode, bezüglich welcher auf das Original verwiesen werden muss. Er findet, dass die (überlebende) Leberzelle das Vermögen, gelöstes Hämoglobin in ihrem Zellleib aufzunehmen und in demselben bei Gegenwart von Glyokogen zu zerstören und in ein dem Gallenfarbstoff nahestehendes Pigment umzuwandeln, besitzt. Diese Fähigkeit der Leberzelle ist beim Fehlen von Glykogen nicht vorhanden, ein Wiederaufbau des verschwundenen Hämoglobins, wie er von Schwarz für die Leukocyten und ihnen verwandte Zellen gefunden wurde, findet durch die Leberzellen niemals statt. Gegenwart von Traubenzucker wirkt ähnlich, nur beträchtlich langsamer, wie Glykogen. Verf. ist geneigt, seine an der überlebenden Leberzelle gemachten Befunde auf die in der Leber unter normalen Verhältnissen stattfindende Umwandlung von Blutfarbstoff in Gallenfarbstoff zu übertragen und giebt der Vermuthung Ausdruck, dass bereits im lebenden Organismus innerhalb der Blutbahn der Leber eine beständige Auflösung rother Blutkörperchen und eine Verarbeitung des gelösten und von den Leberzellen aufgenommenen Hämoglobins in Gallenfarbstoff innerhalb der Zellen stattfindet. Auch Gallensäuren dürften bei diesem Processe in den Zellen unter der Vermittelung von Glykogen gebildet werden. Über diesen Punkt werden weitere Untersuchungen angestellt. (Mikrochemische Untersuchungen des in den überlebenden Leberzellen enthaltenen Pigmentes auf Gallenfarbstoff scheinen vom Verff. nicht angestellt worden zu sein. Ref.)

Löwit (Innsbruck).

---

[3] Wer sich nur zu orientiren wünscht, reicht auch mit desselben Verf. eben erschienenem Grundriss der allgemeinen Chemie p. 290 ff. aus.

2. **U. Gabbi** (Florenz). Sull' artrite sperimentale da virus pneumonico (microbio capsulato del Fraenkel).

(Sperimentale 1889. Mai u. Juni.)

In je einem Falle von Arthritis im Verlaufe von krupöser Pneumonie haben Weichselbaum, Belfanti, Monti in dem Gelenkeiter den Fraenkel'schen Pneumoniecoccus nachgewiesen. G. liefert nun den Beweis, dass dieser Organismus in der That Arthritis erzeugen kann. Es gelang ihm so gut wie konstant durch Einimpfung virulenter Pneumoniecoccuskulturen in die Kniegelenke von Kaninchen eine eitrige Entzündung der Gelenke hervorzubringen; weniger konstant durch subkutane Injektion abgeschwächter oder virulenter Kulturen, nachdem in den Gelenken ein »Locus minoris resistentiae« gesetzt worden. Letzteres wurde erreicht, indem das Gelenkinnere mit sterilisirter Nadel verletzt, oder indem eine Luxation gemacht, oder indem ein Tropfen Terpentinöl injicirt wurde. Kontrollversuche erwiesen diese Manipulationen an und für sich als unschädlich, nur das Terpentin erzeugte (auch ohne Pneumokokkeninjektion) eine lokale Entzündung, die aber durch ihren geringen Umfang und geringere Dauer von der Pneumokokkenarthritis unterschieden war. Die Anwesenheit der Pneumokokken im Exsudate wurde durch das mikroskopische Verhalten, die Kultur und das Thierexperiment sicher gestellt. Sie fanden sich größtentheils frei, seltener innerhalb der Zellen des Exsudates. G. giebt an, dass ihr Verhalten gegen die Färbung (Ziehl'sche Lösung) verschieden war, je nachdem die Arthritis durch intraartikuläre oder subkutane Injektion der Pneumoniekokken erzeugt war; in ersterem Falle färbten sie sich häufig schlecht, während im zweiten sogar die Kapsel färbbar war. Eben so war die Kultur im ersten Falle oft kümmerlich oder missglückte selbst, während sie im zweiten reichlich war. G. nimmt zur Erklärung an, dass bei intraartikulärer Injektion die Mikroorganismen schnell absterben, nachdem sie den Entzündungsprocess erzeugt haben.

Die Inkonstanz der positiven Resultate bei subkutaner Injektion stellt G. in Parallele zur großen Seltenheit der Gelenkkomplikationen bei der menschlichen krupösen Pneumonie.

A. Freudenberg (Berlin).

---

3. **Frick.** Bakteriologische Mittheilungen über das grüne Sputum und über die grünen Farbstoff reducirenden Bacillen.

(Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie Bd. CXVI. Hft. 2.)

Verf. hat eine Reihe grüner Sputa, welche diese Farbe erst nach längerem Stehen an der Luft annahmen, bakteriologisch untersucht in der Absicht, festzustellen, ob die Grünfärbung, wie O. Rosenbach schon früher angenommen, auf das Vorhandensein von bestimmten Mikroorganismen zurückzuführen sei. Zunächst wurden ca. 50 Sputa, von verschiedenen Erkrankungen herrührend, mit grünen

Originalsputis geimpft. In fast zwei Dritteln derselben gelang die Übertragung. Das Auftreten der grünen Färbung erwies sich jedoch stets als ein rein zufälliges Ereignis ohne jede pathologische Bedeutung.

In allen Originalsputis wurde mittels des Plattenverfahrens ein Spaltpilz nachgewiesen, welcher sich als der alleinige Erzeuger der grünen Farbe erwies. Derselbe ist ein schlanker Bacillus, nur wenig länger und dünner als der Bacillus des Typhus abdominalis, ohne Sporenbildung, mit lebhaften Eigenbewegungen; er verflüssigt die Gelatine nicht. In Bouillon bei Zimmertemperatur entwickelt sich rasch eine Grünfärbung derselben; auf Agar wächst er sehr langsam mit geringer Entwicklung des grünen Farbstoffes. Kartoffelkulturen zeigten im Laufe von 2 Tagen eine bräunliche, etwa nussfarbene Auflagerung, in deren Nähe die Kartoffelfläche sich schmutzig violett färbte.

Die chemische Untersuchung des Farbstoffes ergab, dass derselbe intensiv grasgrün im auffallenden, mehr gelbgrün im durchfallenden Lichte sich erwies; in Alkohol, Äther, Chloroform unlöslich, dagegen leicht löslich in Wasser. Die Produktion des grünen Farbstoffes zeigte sich allein abhängig von dem Nährmaterial. Die Färbung des Bacillus mit den gebräuchlichen Methoden ist eine sehr leichte.

Außer dem beschriebenen Bacillus untersuchte F. noch 7 andere grüne Farbstoff producirende Mikroorganismen; bei allen, mit Ausnahme eines, wurde durch Impfung auf Sputa eine Vermehrung und Produktion des grünen Farbstoffes erzielt. Demnach können verschiedene Bakterien, wenn sich die Gelegenheit bietet, eine nachträgliche Grünfärbung der Sputa bewirken. **Peiper** (Greifswald).

---

4. **G. Hunter Mackenzie.** The influence of certain medical agents upon the bacillus of tubercle in man.

(Edinb. med. journ. 1889. Januar.)

M. hat sich mit der Frage beschäftigt, wie etwa Tuberkelbacillen durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen sind und wie weit Heilungen resp. Besserungen tuberkulöser Processe mit einer Abnahme dieser Organismen einhergehen. Er hat, eben so wie die Autoren, welche sich der experimentellen Lösung ähnlicher Fragen widmeten, durch klinische Beobachtungen gefunden, dass die Tuberkelbacillen ganz außerordentlich resistent gegen die verschiedensten Agentien sind, und wenn sie erst einmal in den menschlichen Körper eingedrungen waren, durch nichts wieder beseitigt werden können. Zunächst hat M. sich davon überzeugt, dass Leute mit bacillenhaltigem Sputum die verschiedensten Klimate aufsuchen konnten und dennoch stets noch Jahre lang Bacillen im Sputum hatten, auch wenn sie sich im Übrigen ausgezeichnet erholten und an Gewicht zunahmen. (Über die lokalen Befunde in der Lunge ist merkwürdigerweise gar nichts mitgetheilt.) Weder der Aufenthalt im

Engadin, noch an der Riviera oder in Algier, noch auch Seereisen vermochten die Bacillen zum Schwinden zu bringen, obwohl die Pat. sich bei einem derartigen Aufenthalt von mehrjähriger Dauer oft äußerst wohl fühlten und bedeutende Gewichtszunahmen zeigten. Als das im Allgemeinen zweckmäßigste Klima bezeichnet Verf. nach seinen Erfahrungen ein eher trockenes, welches möglichst geringe Temperaturschwankungen hat; die Durchnittstemperatur muss nicht hoch sein. In einem solchen Klima vermindern sich die Bacillen am ehesten, wahrscheinlich weil das Sputum an Masse geringer wird. (Das scheint die Hauptsache zu sein.)

Eben so wenig Gutes, als vom Klima, lässt sich von Medikamenten in Bezug auf die Bacillen sagen. Was Verf. auch versucht hat, und gleichviel in welcher Form, die Wirkung in dieser Richtung war gleich Null. (Einblasungen von Jodoform, Einathmungen von Sublimatlösungen, Inhalationen von Eucalyptusöl etc. sind gemacht.)

Schließlich macht Verf. die sehr merkwürdige Angabe, dass Bacillen auch im Sekrete bei tuberkulöser Laryngitis gefunden werden, selbst wenn noch keine Geschwüre im Kehlkopfe da sind; durch den Nachweis derselben im Sputum kann die Affektion von der sonst völlig gleich aussehenden einfach katarrhalischen Laryngitis unterschieden werden. Sollten die Bacillen in diesen Fällen nicht aus der Lunge stammen?

Küssner (Halle).

---

5. **Geppert.** Zur Lehre von den Antisepticis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 36.)

Die Nachprüfung der Koch'schen Fundamentalversuche über chemische Desinfektion hat schon wiederholt in einzelnen Zahlenangaben zu erheblich abweichenden Resultaten geführt, wodurch übrigens die Koch'sche Stufenleiter der Desinficientien nicht geändert wurde. Aber erst G. klärt uns über die in der Methode liegenden Ungenauigkeiten auf und bahnt dadurch, dass er sie theilweise überwinden lehrt, einen wichtigen Fortschritt in der Lehre von den Antisepticis an.

Um die Einzelindividuen gleichmäßig dem Desinficiens auszusetzen, arbeitet G. mit wiederholt filtrirten Suspensionen von Bakterien; um den Rest des Desinficienz zu entfernen, der den Bakterien nach ihrer Entfernung aus demselben noch anhaftet und der, wie sich herausstellt, von wesentlicher Bedeutung ist, führt G. das Desinficiens in eine unlösliche Verbindung über, speciell das Sublimat durch Zusatz von Schwefelammonium in Schwefelquecksilber. Von den Resultaten der interessanten Arbeit sei hervorgehoben, dass Milzbrandsporen infektiös bleiben können, auch wenn sie stundenlang in 1‰igem Sublimat gelegen haben; Bedingung zum Gelingen der Infektion ist, dass der Sublimatrest niedergeschlagen wird. Ferner, dass Milzbrandsporen, resp. Bacillen, die einige Zeit in Sublimat gelegen haben, nicht mehr auf Nährböden wachsen, auf denen ein normaler Milzbrandbacillus noch gedeiht, dass sie aber trotzdem in-

fektiös bleiben. Überhaupt stimmen die Ergebnisse von Kultur und Thierimpfung nicht immer überein. **H. Neumann** (Berlin).

---

6. **M. Stadthagen.** Über das Harngift. (Aus der chemischen Abtheilung des physiologischen Instituts zu Berlin.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XV. p. 384.)

S. bestätigt im Wesentlichen die Beobachtungen von Feltz und Ritter, Astachewsky, Schiffer, Lépine und Bouchard, denen zufolge intravenöse oder intraabdominelle Injektion von Harn giftig wirkt. Versuche, ein organisches Gift aus dem Harn zu isoliren, schlugen fehl. S. schließt sich der Ansicht Derer an, welche annehmen, dass die Giftigkeit zum allergrößten Theil durch die Kalisalze des Harns bedingt ist. Wenn die Giftigkeit größer ist, als der Menge der Kalisalze entspricht, so beruhe dies darauf, dass durch die Kaliwirkung die Herzfunktion eine wenig energische sei und hierdurch die mit dem Harn eingeführten, sich im Blut anhäufenden Exkretstoffe die normale Funktion der Zellen beeinträchtigten. Die Urämie sei nicht mit einer Harnvergiftung, noch weniger mit einer Kalivergiftung zu identificiren. **F. Röhmann** (Breslau).

---

7. **Florain.** Essai sur la salive humaine et sur les propriétés physiologiques du sulfocyanate de potassium.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 27.)

Speichel hindert das Wachsthum der Pflanzen, so dass dieselben, wenn man sie ausschließlich mit Speichel befeuchtet, absterben. Gewisse Arten von Samen keimen nicht in mit Speichel durchtränkter Erde, andere, besonders Getreidearten, entwickeln sich in solcher besser. Wie F. gefunden, beruht die giftige Eigenschaft des Speichels, die sich auf Pflanzen äußert, auf der Anwesenheit des Rhodankaliums; beim gesunden Menschen beträgt die Menge desselben 0,07—0,1 : 1000. Bei einigen pathologischen Zuständen (Lebercirrhose etc.) scheint das Rhodankalium aus dem Speichel zu verschwinden. Ferner zeigten die Versuche des Verf., dass nicht nur das Kalium-, sondern auch alle anderen Salze der Sulfocyansäure jene schädliche Wirkung, wenn auch in geringerem Grade, auf Pflanzen äußern. Das Rhodankalium erwies sich auch entwicklungshemmend resp. -verzögernd für manche Schimmelpilze. Wahrscheinlich hat es auch im Speichel den Zweck, die Weiterverbreitung der Mikroorganismen in der Mundhöhle zu hindern.

Bei Thierexperimenten ergab sich, dass erst sehr hohe Gaben von Rhondankalium toxisch wirken. Bei einem Kaninchen erschien erst nach Injektion von mehr als 0,3 der Substanz die Reaktion im Harn (mit Liquor ferri sesquichlorati); nach 0,6 Durchfall, nach Injektion von 1,0 Tod nach 24 Stunden. Obduktion: stark ausgedehnte Blase, Nieren erweicht, größer als normal, Magen- und Darmschleimhaut gesund. Das Rhodankalium wirkt (z. B. auf Wun-

den) stark kaustisch. Bei einem Hunde trat nach Genuss von 2 g nichts Abnormes, nach Einnahme von 4 g nach dem Essen nur Erbrechen auf. F. beobachtete an sich selbst nach Genuss von 0,1 kurze Zeit nach dem Essen leichte Übelkeit; nach 0,2 Morgens nüchtern trat etwas Kopfschmerz und Schmerzen in der Nierengegend auf. Nach dieser Dosis waren leichte Spuren der Substanz im Harn nachweisbar. Es wäre interessant, die Wirkung dieses noch nicht in den Arzneischatz eingeführten Mittels bei Krankheiten, besonders der Schleimhaut des Anfangstheils des Respirations- und Digestionstractus, weiter zu untersuchen. **G. Meyer** (Berlin).

---

8. **Ed. Egasse.** Des nouveaux diurétiques végétaux Piché, Fleurs de tève. Chimaphila umbellata.

(Bullet. génér. de thérap. 1889.)

Die erste dieser Pflanzen führt in ihrer Heimat Chili, Peru und der argentinischen Repulik den Namen Piché, die botanische Benennung ist Fabiana imbricata (Ruiz et Pavon). In ihrem äußeren Habitus ähnelt die Pflanze eher einer Konifere, sie gehört indessen in die Familie der Solanaceen, speciell unter die Nicotianeen. Angewandt werden die Stengel und Zweige der Pflanze. Welches speciell der wirksame chemische Bestandtheil der Pflanze sein mag, ist mit Sicherheit noch nicht ermittelt.

Es sind nachgewiesen in der Pflanze 1) ein bitteres Harz, 2) kleine Mengen flüchtigen Öls, 3) fluorescirende, dem Aesculin ähnelnde Körper, der angebliche Träger der Wirkung, 4) ein neutraler unwirksamer, krystallinischer Körper, 5) sehr kleine Quantitäten eines krystallisirbaren, aber noch nicht näher untersuchten Alkaloids.

Die Urtheile lauten bei Cystitis, so wie katarrhalischer Nephritis gut, bei Nierendegeneration nahm dagegen die Eiweißmenge im Harn zu.

Verordnet wird das Piché als Dekokt, 30 g der blätterreichen Zweige auf 1 bis 2 Liter Wasser im Laufe eines Tages zu verbrauchen mit Syrup. cort. Aurant. als Korrigens. Auch das Fluidextrakt wird zu 10—30 Tropfen angewandt. —

Das zweite pflanzliche Diureticum besteht aus den getrockneten Blüthen von Faba vulgaris, in Form eines Infuses aus 12 g der getrockneten Blüthen auf 1 Liter kochendes Wasser, welcher durch Eindampfen ungefähr auf die Hälfte eingeengt wird. Anwendung bei Nierensteinkolik und Blasensteinen und ihren Folgeerscheinungen.

Das dritte Diureticum ist die Chimaphila umbellata (Nutt). Das aus den Blättern bereitete Fluidextrakt wird zu 8 ccm 3—4mal täglich bei Nephritiden, Steinleiden und allen denjenigen Leiden der Harnwege überhaupt gegeben, wo auch Folia uvae ursi angewandt werden. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

9. J. **Popper.** Über die physiologische Wirkung des Strophanthins.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

In dieser methodisch sehr sorgfältigen und kritischen Experimentalstudie berichtet P.:

1) über den Einfluss des Strophanthins auf den arteriellen Butdruck. Strophanthin steigert den Arteriendruck mit Sicherheit, doch hält sich der Blutdruck nur einige wenige Minuten auf der maximalen Höhe, sinkt hierauf mäßig ab, bleibt jedoch während der ganzen Versuchsdauer höher als vor der Injektion. Ob diese Drucksteigerung die Folge einer Verengerung der kleineren Arterien oder einer Zunahme der vom Herzen mit jedem einzelnen Puls ausgeworfenen Blutmenge war, konnte direkt nicht entschieden werden; da aber nach den Erfahrungen, die im Laboratorium von v. Basch gemacht worden sind, der Venendruck mit dem Arteriendruck zugleich steigt, wenn die Gefäßnerven gereizt werden (toxisch oder elektrisch), untersuchte P.

2) den Einfluss des Strophanthins auf den Venendruck; derselbe wurde durch Strophanthin im Anfangsstadium trotz des Steigens des Arteriendruckes fast ausnahmslos ziemlich erniedrigt; das Stromgefälle von der Arterie zur Vene wird also jedenfalls in Folge des Strophanthins im Anfangsstadium größer. Im zweiten Stadium, wo bereits durch wiederholte Strophanthininjektion eine stärkere Intoxikation bewirkt worden war, zeigt der Venendruck zwar eine Tendenz zum Steigen, bleibt aber immerhin niedriger als normal, so dass auch in diesem Stadium das Strophanthin noch das Stromgefälle steigert. Die Blutdrucksteigerung in den Arterien ist also nicht durch Vasokonstriktion, sondern durch Wachsen des »Schlagvolums« des Herzens verursacht.

Steigerung des Venendrucks kommt regelmäßig kurz vor dem Absterben des Herzens im letzten Intoxikationsstadium vor; sie ist aber auch in den ersten Stadien namentlich dann zu beobachten, wenn der Puls sich wesentlich verlangsamt und besonders wenn stärkere Arhythmien eintreten. Praktisch legt P. vielmehr auf das Einsinken früher angeschwollener Venen Gewicht als auf einen etwa auftretenden starken Puls. Starke Verlangsamung oder gar Arhythmien bei der Verabreichung von Strophanthin müssen zur Vorsicht auffordern, denn nach den Experimenten P.'s bedeuten sie eine Steigerung des Venendruckes, mithin eine ungünstige Beeinflussung des Kreislaufes durch das Strophanthin.

3) vergleicht P. den Druck in der Aorta und Art. pulmonalis; P. fand, dass der Aortendruck mehr durch Strophanthin stieg als der Pulmonaldruck; dies bedeutet, dass das Blut beim Durchströmen durch die Lunge einen verhältnismäßig geringeren Widerstand während der Strophanthinwirkung findet als normal.

4) Versuche über die Einwirkung des Strophanthins

auf die Gefäßnerven und Gefäße zeigten, dass auch nach der Durchschneidung beider Splanchnici oberhalb des Zwerchfells immer noch sehr schön die Blutdrucksteigerung durch das Strophanthin bewirkt wurde und demnach auch nicht von den vasomotorischen Centren im Rückenmark ausgelöst sein konnte, sondern durch Vermehrung der vom Herzen ausgeworfenen Blutmengen. Die Inspektion der Därme während der Strophanthinwirkung zeigte kein Blasserwerden derselben während des Ansteigens des Blutdruckes; das Strophanthin konnte also die Blutdrucksteigerung auch nicht durch periphere vasomotorische Erregung bewirkt haben. Bei derjenigen Blutdrucksteigerung, welche durch Vermittelung des vasomotorischen Centrums in Folge von Kontraktion der kleinen Arterien erfolgte, wie z. B. nach Strychnin, war stets eine intensive Erblassung des Darmes zu beobachten. Jedenfalls hat P. das sicher gestellt, dass der Kontraktion der Gefäße kein wesentlicher Antheil an der Erhöhung des arteriellen Blutdruckes zukommt.

5) Versuche, die Pulsfrequenz und das Verhalten des Herzens gegen seine Nerven betreffend, zeigten, dass die Pulsverlangsamung zum Theil durch centrale Vaguserregung bedingt ist, denn plötzliche Durchschneidung beider Vagi ergab eine sofortige Steigerung der Pulsfrequenz. Im weiteren Verlauf der Strophanthinvergiftung verliert die Vagusreizung sogar ihren pulsverlangsamenden Effekt nahezu vollständig; dagegen tritt an Stelle desselben eine Erniedrigung des arteriellen Blutdruckes auf, dessen eigentliche Ursache sich mit Sicherheit noch nicht feststellen ließ.

Auf den N. accelerans cordis war das Strophanthin ohne Einfluss, denn auch nach Strophanthininjektion hatte die Acceleransreizung immer noch beschleunigende Wirkung.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

10. **A. Huber.** Zur Bestimmung der motorischen Thätigkeit des Magens. (Aus der med. Klinik in Zürich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 19.)

Die Verwerthbarkeit der von Ewald und Siever's empfohlenen Salolprobe zur Bestimmung der motorischen Leistungsfähigkeit des Magens ist durch die Versuche Brunner's auf der Riegel'schen Klinik als irrthümlich erwiesen worden, indem sich ergab, dass, während der jeweilige Füllungszustand des Magens keinen besonderen Einfluss auf die Zeitdauer des Eintrittes der Salicylurreaktion hat, der Eintritt der Reaktion unter sonst gleichen Versuchsbedingungen bei ein und demselben Individuum an verschiedenen Tagen ungemeinen Schwankungen unterliegt, welche weit über die von Ewald und Siever's angegebene »Normalzeit« hinausgehen. H. stimmt den Darlegungen Brunner's »vollkommen und wörtlich« bei und resumirt seine Erfahrungen an 17 Personen mit 49 Einzeluntersuchungen dahin: so richtig die Beobachtung von Ewald ist, dass bei gestörter motorischer Thätigkeit des Magens die Salicylurreaktion auf-

fällig spät auftritt, so wenig darf diese Verspätung der Reaktion als Hilfsmittel zur Diagnose motorischer Mageninsufficienz verwendet werden, weil man auch bei vollkommen Magengesunden, ohne dass eine Ursache hierfür erkannt wird, so späten Eintritt der Salolprobe wahrnehmen kann.

Hingegen lässt sich nach H.'s Untersuchungen das Salol in einem anderen Sinne zur Prüfung der motorischen Leistung des Magens verwerthen, wenn man nämlich nicht den Zeitpunkt des ersten Auftretens der Salicylsäure im Harn, sondern die Zeitdauer bis zum endlichen Verschwinden der Reaktion in Acht nimmt. Es stellte sich heraus, dass, wenn ein Individuum nach der Mittagsmahlzeit 1 g Salol nimmt, die letzte Salicylurreaktion spätestens nach etwa 27 Stunden gewonnen wird, wofern sein Magen motorisch normal funktionirt, dass aber nach 33, 36, ja 48 Stunden die Probe noch gelingt, wenn eine motorische Insufficienz des Magens vorliegt, dass die Länge der Dauer der Reaktion über die normale Zeit hinaus dem Grad der Insufficienz direkt proportional erscheint.

G. Sticker (Köln).

---

11. **S. Talma.** Onderzoekingen over 1) Ulcus ventriculi simplex, 2) Gastromalacie, 3) Ileus.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 24.)

12. **J. Versteeg.** Over verwecking van de maag na den dood ontstaan.

Dissertation, Utrecht, 1889.

Die experimentellen Untersuchungen über die Genese und das Wesen des Ulcus ventriculi, der Gastromalacie und des Ileus haben die folgenden Resultate geliefert: Wenn man eine Darmligatur anlegt, sammelt sich oberhalb der Ligatur immer Flüssigkeit an, die im Magen stark saure, im Jejunum-Ileum alkalische Reaktion zeigt. Die Flüssigkeit unterscheidet sich nicht von den normalen Absonderungsprodukten. Sie wird schneller gebildet, wenn sich Nahrung im Magen oder im Darm befindet. Nur bei Abbindung des dicken Darmes findet man wenig Flüssigkeit und geringe Auftreibung des Bauches. Der Inhalt des dünnen Darmes kann eben so gut fäkulente Eigenschaft bekommen als der des Dickdarmes, dafür braucht nur Nahrung anwesend zu sein. Der fäkulente Umsatz fängt an bei der Dünndarmligatur und bildet sich von da an nach oben fort. So lange sich ein gewisses Quantum Salzsäure im Magen befindet, bilden sich hier die fäkulenten Eigenschaften nicht aus, es sei denn, dass bei einer Brechbewegung Darminhalt darin übergeht. Das Erbrechen, wenn dieses erfolgen kann, ist ein glücklicher Umstand, weil so die übermäßige Spannung der Darmwand beseitigt und der Resorption toxischer Stoffe vorgebeugt wird. Die klinische Erfahrung hat dieses auch schon längst bestätigt.

Betreffs der Gastromalacie hat T. gefunden, dass sie beim lebenden Thier entstehen kann, wenn sich Blutungen in der Magenwand

bilden und die Mucosa stellenweise abstirbt, so dass der Magensaft die blutig infiltrirten Theile verdauen kann. Bei Kaninchen bilden sich die Blutungen oft durch Zerrung der Wand, sie sind dann am reichlichsten in dem Fundus, weil hier die Muscularis am schwächsten und die Zerrung daher am stärksten ist. Die vitale Magenerweichung ist zu erkennen an der braunen Farbe des Hämatins. — Die postmortale Gastromalacie erkennt man, nach den Untersuchungen von V., an der weißen gallertartigen Beschaffenheit. Er hat auch gefunden, dass die Salzsäure, eventuell die Milchsäure, das wesentliche Agens des Magensaftes sei, das die postmortale Magenerweichung verursacht. Bemerkenswerth ist es ferner, dass auch diese Malacie im Fundus immer am stärksten auftritt.

Das runde Magengeschwür kann neben der Malacie entstehen und ist dann wohl von den nämlichen Bedingungen abhängig. Es giebt aber noch eine andere Entstehungsweise, denn stundenlange Reizung des linken Vagus, wodurch tonischer Magenkrampf erzeugt wird, hat eben so gut Bildung runder Magengeschwüre zur Folge. Der Sitz dieser Geschwüre ist nicht wie die der anderen im Fundus, sondern ausschließlich in dem Pylorustheil; dieses wird dadurch erklärt, dass die Muscularis da stärker ausgebildet ist und der Magenkrampf die Mucosa da lokal zum Absterben bringen kann, oder wenigstens so ändern kann, dass der Magensaft sie ergreifen kann. Die nämlichen Eigenschaften findet man auch beim Ulcus rotundum des Menschen und T. meint, dass meistens, wenn nicht immer, der Magenkrampf als die Ursache der Entstehung runder Magengeschwüre zu betrachten ist. Die ausführliche Beschreibung der Versuche und der Krankengeschichten kann hier keinen Platz finden.

Feltkamp (Amsterdam).

---

13. **J. Decker.** Über nervöse Dyspepsie.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 22 u. 23.)

D. erörtert unter Bezugnahme auf einen Theil der vorliegenden Litteratur die Symptomatologie und Therapie der nervösen Dyspepsie. Die vielfach noch geübte diätetische Schonung des Magens hält er mit den Autoren eher für schädlich als nützlich und wünscht die Durchführung einer allgemeinen Behandlung des Gesammtnervensystems mit gleichzeitiger Lokalbehandlung der Magennerven. Beides erreicht er durch die »verschiedenen hydriatischen Proceduren« und durch Massage. Zur Unterstützung dieser Encheiresen dient ihm mitunter das Brom, auch das Arsen, bei anämischen Zuständen das Eisen. Gebirgs- und Seeklima, Weir-Mitchell'sche Kur ohne Isolirung sind in »gewissen« Fällen dienlich. Die lokale Behandlung wird wirksam unterstützt durch eine schottische Dusche, welche in der alle 20 Sekunden wechselnden Applikation eines 12° C. und 28° C. warmen, fingerdicken Wasserstrahles während 3 Minuten auf die Magengegend besteht. Dem Hypnotismus wird die Möglichkeit einer Wirksamkeit nicht abgesprochen.

G. Sticker (Köln).

---

14. J. Decker und Seifert. Über Mycosis leptothrica pharyngis.

(Sitzungsbericht der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1888.)

D. hat 2 Fälle jener seltenen Rachenerkrankung beobachtet, die im Jahre 1873 zuerst von B. Fränkel beschrieben und als Mycosis tonsillaris benigna bezeichnet wurde.

Dieselbe charakterisirt sich durch das Auftreten weißlicher oder gelblich-grauer, meistens gestielter Exkrescenzen, welche ihren Sitz theils in den Krypten der Tonsillen, theils auf der hinteren Rachenwand, theils auf den Balgdrüsen der Zungenbasis haben. Diese Beläge, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als aus Epithelzellen, körnigem Detritus, theils vereinzelten, theils büschelförmig angeordneten Leptothrixfäden bestehend erweisen, haften so fest an ihrem Boden, dass sie sich nur auf energische Weise entfernen lassen; entfernt bilden sie sich dann rasch wieder.

Die Krankheit verläuft gewöhnlich ohne lokale Symptome, nur in einzelnen Fällen leichtes Kitzeln im Halse, Foetor ex ore, geringe Dysphagie. Eine entzündliche Reaktion der Nachbargewebe ist nie zu konstatiren.

In Bezug auf die Therapie erweist sich die Krankheit als äußerst hartnäckig. Adstringentien sowohl wie Antizymotica in koncentrirten Lösungen sind völlig wirkungslos. Mit Höllenstein in Substanz kann man die Exkrescenzen zwar zum Schwinden bringen, allein nach kurzer Zeit bilden sie sich wieder. In einigen Fällen (Hering) wurde sogar die Tonsillotomie vorgenommen, die aber in einem Falle ein Recidiv nicht verhinderte. Am besten wirkt die Galvanokaustik, die auch D. in einem Falle mit Erfolg angewandt hat.

S. bespricht sodann noch die Seltenheit der Erkrankung und berichtet über von ihm angestellte Kultur- und Impfversuche, die aber nicht zu einem positiven Resultate geführt haben.

M. Cohn (Berlin).

---

15. Kahler (Wien). Über Skorbut.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 25.)

Den hämorrhagischen Erkrankungen (Skorbut, Morb. maculos. Pelios. rheum., wie den Übergangsformen zwischen diesen) ist eine nach K. wahrscheinlich infektiöse, nicht oder wenig kontagiöse, sich verschieden lokalisirende Erkrankung der Gefäßwände, Neigung zu Blutaustritt und spontanen Blutungen gemeinsam. Beim Skorbut, sind Zahnfleisch, tiefes Zellgewebe, Musculatur (besonders Waden, Pectoralis, Latissimus, Bauchmuskeln), Gelenke (Knie) und deren Umgebung Sitz der Blutungen, welche von Temperatursteigerung der sie bedeckenden Haut begleitet werden und nach 3 Tagen als gelbe, grüne, grünlich gelbe Flecke erscheinen. Die befallenen Hautpartien können auch nekrotisiren (skorbutische Geschwüre), auch Erytheme, Ekzeme, Urticaria, hämorrhagischer Pemphigus können vorkommen, endlich kommt es auch zu (bei Purpura haemorrhagica

sich nie findender) Erkrankung des Zahnfleisches (Gingivitis diphtheritica), und zwar zwischen den Zähnen (das die Zähne vorn umgebende Zahnfleisch bleibt frei, eben so das zahnloser Individuen). In sehr schweren Fällen finden sich auch Blutungen in innere Organe, in Schleimhäute und seröse Häute. Meist — nicht ausnahmslos — zu beschuldigende Hilfsursachen des (Land- und See-) Skorbuts sind unzulängliche, abwechslungsarme Nahrung namentlich ohne Vegetabilien, ferner Aufenthalt in unhygienischen, überfüllten Räumlichkeiten. Die Therapie besteht bekanntlich im Wegschaffen der Hilfsursachen und Behandlung der Gingivitis mit adstringirenden und desinficirenden Mitteln. **K. Bettelheim** (Wien).

---

16. **M. Miura.** Nachtrag zur Pathologie der Kakke.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 1. p. 159.)

I. Zur Ätiologie. Verf. kommt nach genauen Nachforschungen zu der Überzeugung, dass das Kakkegift in dem verdorbenen Fleisch gewisser Fische (Pelamys orientalis und Thynus albacora nebst einigen anderen zur Gattung Sombridae gehörigen Fischen) enthalten ist.

II. Zur pathologischen Anatomie. Die Muskulatur zeigt sowohl bei akuter als auch bei chronischer Kakke keine ausgesprochene fettige Metamorphose. Bei chronischer Kakke fand M. mit Sicherheit nur Verschmälerung der Muskelfasern bei deutlich erhaltener Querstreifung. Mit diesem Befunde steht im Einklang, dass sich die manchmal außerordentlich stark abgemagerte Muskulatur nach erfolgter Genesung sehr rasch wieder herstellt.

III. Zur Symptomatologie. 1) Bei schwerer chronischer Kakke wird im 2. oder 3. Intercostalraum dicht am Sternum eine bedeutende Verstärkung und gleichzeitige Verdoppelung des 2. Tones beobachtet. Mit dem Ausgleich der Zwerchfellsparese bezw. Paralyse können die beiden Erscheinungen verschwinden. 2) Der spontane 1. Arterienton, welcher nach M. bei der Kakke durch die fast ausschließliche, energische und plötzliche Spannung der Elastica während der Arteriendiastole entsteht, ist prognostisch wichtig, weil sein Auftreten und Verschwinden eine Verschlimmerung bezw. Besserung der Krankheit anzeigt. 3) Die stark geblähte Lunge (kenntlich an dem Schachtelton) kann bei schwerer Kakke die mit dem Zwerchfell nach oben dislocirte Milz völlig verdecken.

IV. Indikationen für die Faradisation der Nervi phrenici. 1) Chronische schwere Kakke. A. In der Rekonvalescenz bedarf es nur eines geringen Reizes, um das gelähmte Zwerchfell wieder zur Thätigkeit anzuregen. B. Bei unvollkommen arbeitendem Zwerchfell (sei es im Beginn der Erkrankung oder der Rekonvalescenz) kann Elektricität rasch die Parese beseitigen. C. Bei bereits paralytischem Zwerchfell, welches gegen äußere Reize nicht mehr reagirt, kann Faradisation allmählich wieder Zwerchfellathmung herbeiführen.

2) Auch bei akuter Kakke mit plötzlich aufgetretener Zwerchfellparese hat Faradisation fast immer eine erleichternde Wirkung.

A. Cramer (Eberswalde).

Kasuistische Mittheilungen.

17. Sonnenschein. Zur Kasuistik der Herzklappengeschwülste.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 26.)

Verf. giebt zunächst eine Darstellung des Zustandekommens der Herzklappengeschwülste und eine ausführliche Übersicht der bisher veröffentlichten Fälle. Dann geht er zur Schilderung eines von ihm klinisch beobachteten und anatomisch untersuchten Falles über.

Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, der wegen Chondrosarkoms im rechten Kniegelenk die rechte untere Extremität amputirt worden ist. Sie wird in sehr desolatem Zustande aufgenommen: große Abmagerung, Husten, eitriger Auswurf, intensive Bauchschmerzen. Athmung hochgradig dyspnoisch, geräuschvoll. Puls 120. Temperatursteigerung. Rechts vorn oben bis zur 3. Rippe Dämpfung, links vorn oben kürzerer Schall. Hinten oben leerer Schall rechts bis zur Spina scapulae, links bis zur Mitte der Scapula. Zahlreiches großblasiges Rasseln und Bronchialathmen. Herzgrenzen normal; Herztöne dumpf, wegen des stertorösen Athmens undeutlich. Abdomen kolossal aufgetrieben, freie Flüssigkeit enthaltend. Im unteren Abschnitt der Bauchhöhle ein großer und viele kleine Tumoren fühlbar. Harn ohne Albumen. Diagnose: Tuberculosis pulmonum, Sarcoma abdominis.

Nach 4 Tagen erfolgt der Exitus. Die Sektion ergiebt in der Lunge im rechten Ober- und linken Unterlappen eine derbe Aftermasse, die unter dem Messer knirscht; im Inneren derselben zahlreiche Hohlräume, die beim Anstechen eine gelbe Flüssigkeit entleeren. Herz normal groß; an der Tricuspidalis eine ca. walnussgroße Neubildung von gleichem Aussehen wie in der Lunge. Die Geschwulst an der Oberfläche feinhöckerig und derb, auf dem Durchschnitt von weißer Farbe und homogener Beschaffenheit. Hinter diesem Knoten auf das benachbarte Herzfleisch übergreifend eine zweite, etwa kirschgroße Excrescenz, die mit der ersten zusammenhängt und ihr äußerlich vollkommen gleicht. Im Abdomen zahlreiche größere und kleinere Geschwülste. Diagnose: Sarcoma pulmonum, omenti majus, gland. retroperit. et valvulae tricuspidalis. Die mikroskopische Untersuchung des Herzklappentumors ergiebt, dass es sich um ein Myxochondrosarkom handelt, das, sekundär nach einem Chondrosarkom der unteren Femurepiphyse entstanden, klinisch völlig latent blieb.

Bezüglich der Entstehung der Geschwulst lässt es Verf. dahingestellt, ob man eine embolische Entstehung oder eine Ablagerung von Geschwulstzellen aus dem Blutstrome auf die Klappen annehmen soll, da für beide Arten keine beweisende Momente gefunden werden können. **M. Cohn** (Berlin).

18. Schuhmacher. Über Herzschwäche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 14.)

Verf. bespricht zunächst die bekannten Symptome der Herzschwäche, das weakened heart, und führt dann einen interessanten, durch mehrere Jahre beobachteten Fall von einfacher, nicht durch Klappenanomalien komplicirter Herzschwäche an. Bei dem betr. Pat. wurde zuerst der Geräusche wegen eine Insufficienz und Stenose der Mitralis diagnosticirt; Digitalis war wirkungslos, bis eine Punktion des Abdomens die Urinsekretion über die Norm erhebt. Später verschwanden unter mehrfacher Anwendung von Digitalis, Scilla etc. die Herzgeräusche und das dilatirte Herz rückt in die normalen Grenzen. Der Verlauf des Leidens war wechselnd, seit $1^1/_2$ Jahren ist die Herzkraft annähernd normal.

Markwald (Gießen).

19. Leyden. Über einen Fall von retroperitonealem Abscess nebst Bemerkungen zur Therapie der Pleuraempyeme.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 29.)

L. berichtet über ein durch das Zwerchfell nach unten perforirtes eitriges Pleuraexsudat bei einer 22jährigen Frau, welche 8 Wochen vor ihrer Aufnahme ein normales Wochenbett durchgemacht hatte, dann aber an einer linksseitigen Pleuritis erkrankt war, nach deren Rückgang sich eine mit Fiebererscheinungen einhergehende Geschwulst in der linken Abdominalseite ausbildete. Bei der Aufnahme bestand kein Exsudat mehr, wohl aber ein ausgedehntes Reibegeräusch linkerseits; die linke Bauchseite wurde von einer großen resistenten Geschwulst eingenommen, welche hinter dem Peritoneum gelegen war und eitrigen Inhalt besaß.

Da ein Nierenabscess und ein puerperaler Abscess ausgeschlossen werden konnte, wurde die Diagnose auf ein durch das Zwerchfell durchgebrochenes Pleuraempyem gestellt, welche außer durch den bisherigen Krankheitsverlauf noch durch die Beschaffenheit des durch Incision entleerten Eiters volle Bestätigung fand. Derselbe war gutartig, enthielt nur Staphylokokken in ziemlicher Menge und ließ beim Eintrocknen mikroskopischer Präparate die Ausscheidung reichlicher Tyrosinkrystalle erkennen, deren Vorkommen bereits früher von L. bei der Perforation von Empyem in die Bronchien hervorgehoben worden ist. Niere und Peritoneum waren intakt, der weitere Verlauf ein günstiger. L. ist der Ansicht, dass es sich auch in diesem Falle um eine durch Fraenkel'sche Diplokokken bedingte eitrige Pleuritis gehandelt habe, neben der sich die Staphylokokken entwickelten, während die ersteren, weil relativ zart, wieder abstarben.

L. knüpft hieran noch einige Bemerkungen über den Ausgang der eitrigen Pleuritis durch spontane Perforation und die beim Empyem einzuschlagende Therapie. Er ist nicht der Meinung, dass jedes eitrige Pleuraexsudat ohne Ausnahme sobald als möglich der Radikaloperation zu unterwerfen sei, da namentlich kleinere Ergüsse oft auf natürlichem Wege, sei es durch Resorption oder Perforation in die Bronchien zur Heilung kommen; bei Ausführung der Operation aber handelt es sich nicht darum, möglichst früh zu operiren, sondern den richtigen Moment zu finden, in welchem die Operation mit der besten Aussicht auf Erfolg und der geringsten Gefahr für den Pat. auszuführen ist und hierbei ist oft Zuwarten geboten. Was die Operationsmethode anbetrifft, so ist L. durchaus nicht der Ansicht, dass die Radikaloperation mit Rippenresektion unter allen Umständen den Vorzug verdiene, da derselben viele und schwerwiegende Mängel anhaften. Dagegen redet er sehr der Bülau'schen Methode der Punktion und permanenten Aspiration das Wort, die als unbedeutender operativer Eingriff überall angewendet werden kann, einen allmählichen Abfluss des Exsudates und eine diesem parallel gehende Ausdehnung der komprimirten Lunge gestattet, eine Entstehung von Pneumothorax verhindert und keine Deformitäten hinterlässt. Welche von den verschiedenen Methoden anzuwenden ist und zu welchem Zeitpunkt, wird jedoch immer in jedem Einzelfalle entschieden werden müssen. **Markwald** (Gießen).

20. Legueu. Cancer de l'oesophage. Ganglions sus-claviculaires. Gastrostomie. Mort.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 23.)

Ein 59jähriger Mann, dessen Vater 65 Jahre alt an Magenkrebs und dessen Mutter im 68. Lebensjahre an einer ihm unbekannten Krankheit verstorben, war stets gesund gewesen. Vor 3 Monaten bemerkte er oberhalb der rechten Clavicula einen kleinen Tumor von Erbsengröße am hinteren Rande des Sterno-cleido-mastoideus. Der Tumor war druckempfindlich; ferner bestanden ausstrahlende Schmerzen in die rechte Brustseite und in den rechten Arm. Später stellten sich Schluckbeschwerden ein, »als ob die Bissen auf der Hälfte des Weges stecken blieben«. Öfters wurden auch die Speisen, ohne Anstrengung, wieder emporgebracht, so dass der Pat. bereits längere Zeit nur Flüssigkeiten genoss. Bei Sondirung der Speiseröhre im Mai 1887 fand sich eine Verengerung in deren unteren Theil. Gesammt-

befinden sehr gut. In Anbetracht der Gegenwart jener Drüsenschwellung wurde die Verengerung des Ösophagus für krebsig gehalten. Es wurde die Striktur systematisch erweitert, doch schien sich die Affektion bei stets günstigem Allgemeinbefinden weiter zu entwickeln. Die Ernährung mit Milch, Fleischbrühe ging gut von statten, Schmerzen beim Schlucken waren geringer. Das Volumen des rechten Armes schien etwas vergrößert zu sein, eben so der genannte Drüsentumor. Der Kranke verließ das Spital und kehrte nach etwa 1 Jahre in trostlosem Zustand zurück. Er war vollkommen abgemagert, brach Alles aus, die Drüsengeschwulst war beträchtlich vergrößert, die anderen inneren Organe schienen gesund zu sein. Am Tage nach der Wiederaufnahme des Kranken wurde die Gastrostomie ausgeführt, jedoch 3 Tage nach der Operation ging der Pat. an Inanition zu Grunde.

In diesem Falle wäre bei dem günstigen Allgemeinbefinden, welches der Kranke zuerst darbot, eine Operation verweigert worden (Verf. bemerkt jedoch nicht, ob sie dem Pat. vorgeschlagen ist; d. Ref.). Damals wäre sie vielleicht wenigstens temporär von Erfolg begleitet gewesen. Bei dem elenden Zustande, in welchem sich der Pat. ein Jahr später befand, war die Anlegung einer Magenfistel das einzige Mittel, um zu versuchen, das Leben des Unglücklichen noch eine Zeit lang zu fristen. Die von Renvers beschriebene Tubage der Speiseröhre (mit Verweilsonden) würde in solchen Fällen, wie der beschriebene, die besten Aussichten auf Erfolg darbieten. **G. Meyer** (Berlin).

21. Gallois. Mérycisme et étude physiologique de la digestion stomacale.

(Revue de méd. 1889. No. 3.)

Ein 30jähriger sonst gesunder Mann hatte im Jahre 1882 ein leichtes Typhoid überstanden, nach welchem sich Nasenbluten eingestellt hatte. Dann trat später Wiederkäuen auf: nach dem Essen gelangten die Nahrungsmittel schluckweise wieder in den Mund, wurden gekaut und wieder verschluckt. Seit wann dieser Zustand besteht, weiß Pat. sonderbarerweise nicht anzugeben; vielleicht jedoch ist derselbe bereits lange vorhanden und ihm erst durch irgend einen Zufall bemerkbar geworden. Übrigens hatte seine Umgebung nichts davon früher gemerkt. Der Mann konnte, um sich den angenehmen Geschmack irgend einer Speise wieder zu verschaffen, das Wiederkäuen derselben mit Absicht hervorbringen. Spontan trat dasselbe nach reicher Mahlzeit und Genuss schwer verdaulicher Speisen auf. Etwa 14 Tage lang vermied er daher jene beiden ätiologischen Momente und das absichtliche Wiederkäuen und wurde von seinem Leiden ohne weitere Behandlung vollkommen befreit.

Die Verdauung des Mannes war eine gute, sein Magen sonst gesund. Die Untersuchung der wiedergekäuten Massen gleich nach dem Essen ergab Mischung fester und flüssiger Nahrungsstoffe von Geruch und Farbe von Wein. Jedenfalls also verweilen die Flüssigkeiten einige Zeit lang im Magen. Die später heraufgebrachten Massen sind dicker, enthalten unverdaute Speisereste (Sehnen etc.). Schließlich kommen nur noch letztere empor und werden nach dem Verschlucken wiederum regurgitirt, so dass der Pat., um sich ihrer zu entledigen, sie ausspeit. Im anderen Falle werden sie nach mehrmaligem Aufsteigen und Verschlucken ins Duodenum entleert. G. ist der Ansicht, dass die wiedergekäuten Massen jedes Mal eine Probe des im betreffenden Augenblick vorhandenen Mageninhaltes darstellen. Da derselbe jedes Mal verändert war, so musste er bereits den Pylorus passirt haben und die Thätigkeit des Pförtners während der ganzen Verdauung stattfinden. Diese Thätigkeit ist eine kontinuirliche und geschieht in kleinen Absätzen, so dass erst die flüssigen, dann die weichen Nahrungsstoffe, endlich die nicht vom Magensaft angegriffenen durch den Pylorus entleert werden. Diese Funktion findet im gesunden Magen statt, im dilatirten verweilen die Flüssigkeiten länger (Succussionsgeräusch), wegen der die Ektasie verursachenden Atonie.

G. Meyer (Berlin).

22. H. Quincke. 1) Beobachtungen an einem Magenfistelkranken. 2) Über Temperatur- und Wärmeausgleich im Magen.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 5 u. 6.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen 16jährigen Knaben, dem vor 5 Jahren wegen Narbenstriktur der Speiseröhre eine Magenfistel angelegt worden war, längere Zeit zu beobachten. Die Ernährung desselben geschah in der Weise, dass Pat. die Speisen erst kaute und einspeichelte und dann in einen Schlauch spuckte, der mit der Fistel verbunden wurde. Der Chemismus des Magens blieb stets normal, die Magenentleerung durch den Pylorus ging ungehindert von statten. Von Arzneistoffen, die versuchshalber, um die Ausscheidung derselben im Magen zu beobachten, durch Klysma eingeführt wurden, war Jod nach 12 Stunden nachweisbar, Ferrocyan und Salicylsäure gar nicht. Durch ein geeignetes Magenspeculum wurde der Magen von der Fistelöffnung mehrfach endoskopirt; die Farbe der Schleimhaut erwies sich dabei von derselben Beschaffenheit wie normale Mundschleimhaut, morgens nüchtern gewöhnlich etwas blasser als zur Zeit der Verdauung. Das Aussehen des Pylorus war dabei sehr wechselnd: bald oval, bald polygonal spaltförmig etc., bald stand er offen, bald schloss er sich auf kurze Zeit, bei stärker gefülltem Magen erschien er gewöhnlich weiter. Auffällig war, dass schon geringe Druckhöhen des Mageninhaltes vom Pat. unangenehm empfunden wurden. Q. schließt hieraus, dass die Elasticität und der Tonus der Magenwandungen an sich nur geringen Druck auszuüben im Stande ist und dass Veränderungen in der Stützung des Magens durch die benachbarten Eingeweide, besonders Erschlaffung der Bauchdecken, für das Zustandekommen von Dehnungen und Erweiterungen des Magens von großer Bedeutung sein müssen.

2) An demselben Pat. wurden von Q. Versuche über die Magentemperatur und über den Wärmeausgleich im Magen gemacht. Im leeren Magen war die Temperatur durchschnittlich 0,12° C. höher als die gleichzeitig gemessene im Rectum, während die Verdauung gleich oder ±0,1 der Temperatur unmittelbar vor der Mahlzeit. Zur Bestimmung des Wärmeausgleichs wurden dem Pat. verschieden temperirte Flüssigkeiten (Wasser, Milch und Milchsuppe) von 4,4 bis 49° in verschieden großer Menge mittels Schlauches eingeführt. Unter Berücksichtigung der bei der Messung unvermeidlichen Fehlerquellen ließen sich doch einige allgemeine Folgerungen daran knüpfen. Bei größerer Menge der eingeführten Flüssigkeit erfolgte der Ausgleich naturgemäß langsamer. Bei der Kaltwassereingießung fiel auf, in wie kurzer Zeit sich der Ausgleich anfänglich vollzieht, z. B. in den ersten 5 Minuten werden 1/2 Liter Wasser um 19—20° erwärmt, dann schritt die Erwärmung langsamer vor, noch nach 1/2 Stunde lag die Temperatur 0,5—1,0 unter der Mastdarmtemperatur. Ähnlich vollzieht sich der Ausgleich bei heißem Wasser und heißer Milch, bei letzterer allerdings etwas langsamer; dagegen bei Versuchen mit lauwarmer Milch langsamer als bei dem Eingießen kalten Wassers. Dieselben Ergebnisse hinsichtlich der verschiedenen Flüssigkeiten kamen auch bei dem Versuch, den Ausgleich der Wärme des Mageninhaltes mit der Körpertemperatur zeitlich zu bestimmen, zu Tage. Subjektive Temperaturempfindungen hatte Pat. jedes Mal von der eingegossenen Flüssigkeit deutlich. Die Schnelligkeit des Wärmeausgleiches im Anfang erklärt sich aus der reichlichen Blutversorgung der Unterleibsorgane. Am langsamsten wird wahrscheinlich die Magenwand und speciell die Schleimhaut ihre Normaltemperatur wieder erreichen, sie braucht dazu thatsächlich 30—40 Minuten. Diese relativ lange Dauer macht die Wirkung der Ingestatemperatur auf die Magenschleimhaut, speciell ihren heilsamen Einfluss bei Mineralwasserkuren — am Orte der Thermen selbst — verständlich. **Honigmann** (Gießen).

23. Barr. A case of acute yellow atrophy of liver.

(Med. news 1889. Mai 18.)

Unter Zugrundelegung einer ausführlichen Krankengeschichte eines 12jährigen Kindes mit akuter gelber Leberatrophie, welche heilte, empfiehlt B. eindringlichst die Mineralsäuren; er zieht speciell Acid. nitr. und hydrochlor. vor, welche er

vorher in einer Typhusepidemie schätzen gelernt hatte. Gegen das Erbrechen im Verlauf der Erkrankung verordnet er Bismuth. subnitr. mit Karbolsäure vereint. B. ist der Überzeugung, dass er mit solcher Therapie die akute gelbe Leberatrophie, welche schon zu nachweisbarer Verkleinerung der Leber geführt hatte, heilte.

Prior (Köln).

24. **Friedheim** (Metz). Ein Fall von rechtsseitiger Serratuslähmung nach Typhus.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1889. No. 1.)

Pat. spürte als Rekonvalescent nach einem mittelschweren Typhus heftige Schmerzen in beiden Armen. In der Folge beschränkten sich dieselben nur auf den rechten Arm und Schulter; dazu trat bald Mattigkeit und Gebrauchsbeschränkung im rechten Arm.

Bei gerader Körperhaltung bei herabhängenden Armen rechte Schulter etwas tiefer als linke stehend, am Rücken der rechte untere Schulterblattwinkel etwas weiter von der Wirbelsäule entfernt als links, und eben so wie der mediale Rand des Schulterblattes weiter von der Rückenfläche des Thorax abstehend als links. An dieser Stelle etwa 2 Finger tiefe Einsenkung. Beim Heben der Arme nach vorn bis zur Horizontalen steht das ganze Schulterblatt mit seinem medialen Rande so weit von der Rückenfläche ab, dass eine gut 4 Finger tiefe Einbuchtung entsteht. Beim Ausstrecken der Arme nach den Seiten in Schulterhöhe wird die Scapula medialwärts gedrängt, so dass der innere Rand sich mit der Wirbelsäule deckt, aber 2 Finger breit über dieselbe nach hinten vorragt. Rechter Arm kann nur $^1/_3$ so weit als der linke nach hinten gestreckt werden. Den rechten Arm über die Horizontale hinaus zu heben gelingt nicht. Die Muskulatur der Schulter der erkrankten Seite zeigt keine Abweichung gegen die gesunde. Elektrische Erregbarkeit für beide Stromesarten nicht herabgesetzt (?).

Eine 6 Wochen lange elektrische Behandlung blieb erfolglos. Zum Schluss führt Verf. einige analoge Fälle aus der Litteratur an. **A. Neisser** (Berlin).

25. **D. Hansemann.** Ausgedehnte Lähmungen nach Diphtherie.

(Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 3.)

Der Fall ist dadurch von besonderem Interesse, dass der Autor die sehr sorgfältige Beobachtung an sich selbst gemacht hat. Das Krankheitsbild weicht von den bisher bekannten Fällen schwerer Lähmungserscheinungen nach Diphtherie nur in so fern ab, als man sehr selten eine derartige Häufung von so ausgedehnten sensiblen, motorischen und ataktischen Erscheinungen wie im vorliegenden Falle antrifft. Die Ataxie erstreckte sich nicht nur auf die Extremitäten, sondern auch auf Lippen, Zunge und Kehlkopf. Verf. spricht wohl mit Recht die Unfähigkeit, Töne von einer bestimmten Schallhöhe hervorzubringen, als Ataxie an. Zum Schluss bespricht Verf. die anatomischen Ursachen der diphtherischen Lähmungen, ohne Neues darüber vorzubringen. **A. Neisser** (Berlin).

26. **v. Jaksch.** Über Leukämie und Leukocytose im Kindesalter.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 22 u. 23.)

Bei der geringen Zahl von typischen Fällen von Leukämie im ersten Kindesalter, die bisher veröffentlicht sind, hielt es v. J. für angezeigt, einen von ihm klinisch und anatomisch beobachteten Fall zu beschreiben:

Ein 14 Monate alter Knabe wird mit den Symptomen eines Bronchialkatarrhs und einer Laryngitis und mit einem Milztumor aufgenommen. Der Knabe ist ungemein blass; die Untersuchung des Blutes ergiebt erhebliche Blässe mit Verminderung der rothen Blutkörperchen, deutliche Poikilocytose, Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Unter zeitweiße auftretenden Fiebern und Zunahme des Milztumors verbrachte das Kind ca. 6 Wochen im Spital, wurde dann der Behandlung entzogen, um 2 Monate später wieder aufgenommen zu werden. Die früher beobachteten Symptome waren jetzt in verstärktem Maße vorhanden, bald traten Ödeme und Cyanose auf und in wenigen Tagen erfolgte unter Konvulsionen der Exitus.

Die ausgeführte Sektion lieferte den Beweis, dass das Kind an Leukämie litt, an der sämmtliche Organe gleichmäßig betheiligt waren.

Über die Ätiologie der Erkrankung weiß Verf. nichts zu sagen; er hebt nur hervor, dass keine Spur einer rachitischen Affektion gefunden wurde.

Erwähnenswerth erscheint die beträchtliche Vergrößerung von Milz und Leber, der Blutbefund, der mit dem bei erwachsenen Kranken durchaus übereinstimmt, das Verhalten des Harns, der frei von Pepton und Albumosen einen reichlichen Gehalt an Harnstoff zeigte, und das unregelmäßige Verhalten des Fiebers. Die eingeschlagene Therapie, erst Phosphor- dann Arsenbehandlung, erwies sich vollkommen machtlos.

Zur Unterscheidung der wahren Leukämie von einer ihr sehr ähnlichen, prognostisch aber weit günstigeren Form, die v. J. als Anaemia infantum pseudoleucaemica bezeichnen will, ist zu beachten, dass bei letzterer das Volumen der Leber relativ weniger zunimmt gegenüber dem der Milz; ferner ist die Leber nicht wie bei der Leukämie bei der Palpation als plumper Tumor mit dickem Rande fühlbar, sondern trotz der Volumszunahme kann man deutlich ihren scharfen unteren Rand palpiren.

M. Cohn (Berlin).

27. **M. J. Babinski.** Faisceaux neuro-musculaires. (Critique du travail de M. Eichhorst sur la »Neuritis fascians«.)

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 3.)

Das Krankheitsbild der Neuritis fascians, das Eichhorst im vergangenen Jahre einzuführen suchte, ist bereits wiederholt als eine irrthümliche Auslegung eines, wenn auch weniger bekannten so doch sicher normalen anatomischen Befundes angegriffen und widerlegt worden. B., der vor 2 Jahren auf das Vorkommen dieser neuro-muskulären Fasern im normalen Muskelgewebe hinwies, nimmt im Anschluss an die Eichhorst'sche Arbeit Veranlassung, jene bekannten Details nochmals kurz an der Hand von Abbildungen zu schildern und damit die Hinfälligkeit der pathologischen Deutungsversuche von Eichhorst zu beweisen.

A. Neisser (Berlin).

28. **Wiglesworth and Bickerton.** On a connection between epilepsy and errors of ocular refraction.

(Brain 1889. Januar.)

Die Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf die große Häufigkeit von Refraktionsanomalien bei Epileptikern (etwa 50%). Die Annahme, dass dieselben bei vorhandener Prädisposition die Gelegenheitsursache für den Ausbruch der Epilepsie abgeben können, gewinnt sehr an Wahrscheinlichkeit durch die ermunternden Erfolge, welche sie bei jugendlichen Epileptikern durch Korrektur der Refraktionsanomalien erzielten. Ähnliche Erfahrungen veröffentlichte kürzlich Stevens in New York, der unter 100 Epileptikern nur 11 Emmetropen fand und durch geeignete Gläser überraschende Heilungen und Besserungen erzielte.

Tuczek (Marburg).

29. **Anders** (Philadelphia). A case of senile chorea; with remarks.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. Juni 1. p. 688 ff.)

Die Mittheilung A.'s beleuchtet wesentlich die Unrichtigkeit der Angabe, dass die Chorea im vorgeschrittenen Alter ungemein selten sei; auch in der an diesen Vortrag sich anknüpfenden Diskussion stimmt man der Ansicht der großen Seltenheit nicht bei. Der Fall, der hier vorliegt, bezieht sich auf einen 60jährigen Mann, der die Erkrankung durch eine Erkältung bekommen haben will. Die choreatischen Erscheinungen haben das Abweichende an sich, dass sie in unregelmäßigen Zwischenräumen ungemein heftig werden und zeitweise sich auffallend mindern. Die Psyche ist nicht gestört, eine Herderkrankung ist nicht nachzuweisen. Arsenik, Antifebrin sind einflusslos, dagegen brachte das Hyoscin vorübergehende Besserung; auch das Bromkalium war einflusslos. Eine Heilung wurde nicht erzielt. Zum Beweise, dass die senile Chorea heilbar sein kann, führt A. eine Reihe von

Thatsachen an; für seinen Fall ist A. geneigt, an atheromatöse Vorgänge im Centralorgan zu denken, weil Pat. deutliche Atherose der Arterien hat.

Prior (Köln).

30. C. Verstraeten. L'acromégalie.

(Revue de méd. 1889. No. 5 u. 6.)

Verf. liefert zu dem neuerdings in der gesammten medicinischen Welt viel besprochenen Krankheitsbilde der »Akromegalie« zwei Beiträge, die durch die Sorgfalt der Beobachtung und die genaue Anführung aller einschlägigen Details sich auszeichnen. Da die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle und speciell die der genau beobachteten eine sehr beschränkte ist, so dürfte diese Arbeit zur Klärung der Frage unzweifelhaft beitragen. Die beiden Krankengeschichten, die zwei Frauen betreffen, von denen die eine dadurch besonderes Interesse erregt, dass die Entwicklung der Erkrankung genau zu verfolgen ist, müssen im Original nachgelesen werden. In der Epikrise geht dann Verf. des Längeren auf das Wesen, die Prognose, Therapie und die Pathogenese der Akromegalie ein. Wesentliche, neue Gesichtspunkte sind nicht hervorzuheben. Abbildungen beider Kranken, so wie eine Übersichtstabelle der einzelnen Körpermaße hat der Autor beigefügt.

A. Neisser (Berlin).

31. Buzzard. A case of double wrist drop apparently due to multiple Neuritis of Alcoholic origin the lower extremities having perfectly recovered.

(Brain 1888. April.)

Plötzlicher Eintritt von motorischer und sensibler Parese an den Oberextremitäten und motorischer Parese an den Unterextremitäten bei einem 42jährigen Potator. Während die Erscheinungen an den Unterextremitäten sich besserten, bildete sich innerhalb mehrerer Monate an den Oberextremitäten beiderseits vollständige Extensorenlähmung mit Atrophie aus, an welcher auch einige der kleinen Handmuskeln Theil nahmen. Elektrische Erregbarkeit am Extensor digit. comm. für beide Stromarten sehr herabgesetzt, eben so die des Supin. longus., Ext. carp. rad. long. und brev., Ext. carp. uln. für den faradischen Strom. Albuminurie, Retinitis albuminurica, leichte Parese des linken M. thyreo-arytaenoid. Bleivergiftung auszuschließen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: alkoholische Neuritis.

Tuczek (Marburg).

32. Simpson. Note on the use of Paraldehyde in Delirium and Insomnia.

(Practitioner 1889. Juli.)

S. hat bei einem größeren Krankenmaterial Versuche mit Paraldehyd angestellt und fast immer ganz vorzügliche Resultate erzielt. Selbst in Fällen, wo Morphium, Chloral, Bromkalium versagten, war die Wirkung eine prompte. Die verabfolgte Dosis betrug 3,75 g in 30 g Aq. Menth. pip. gelöst; nur sehr selten sah sich S. gezwungen eine zweite Dosis zu reichen. Ungünstige Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet.

M. Cohn (Berlin).

33. P. Ziegler. Über primäres Larynxerysipel. (Aus der medicinischen Abtheilung des Geh. Rath v. Ziemßen.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXIV. Hft. 4.)

Verf. beschreibt ausführlich eine akute Affektion des Pharynx, welche in ihrem ganzen Verlaufe ein Analogon bildet zu den bisher beobachteten Fällen von Erysipel des Kehlkopfes. Ein in vollem Wohlsein befindlicher Mann wird von Fieberfrost mit 40,7 befallen, an den sich nach 12 Stunden Schlingbeschwerden ohne jeden objektiven Befund anschließen; hierzu tritt später beträchtliche Schwellung der Weichtheile der mittleren Halsregion, besonders links, und große Empfindlichkeit des Kehlkopfes, Gefühl von Fremdkörper im Halse. Die laryngoskopische Untersuchung weist in der linken Fossa glosso-epiglottica ein eigenthümlich glasi-

ges, livides Ödem nach, das, rapid zunehmend, sich bald auch auf die rechte Seite erstreckt, nach oben auf die linksseitigen Gaumenbögen und die Uvula übergeht und zu fast vollständigem Verschluss des Aditus laryngis führte, welcher die Tracheotomie nothwendig machte. In den nächsten Tagen schnelles Abnehmen der Schwellung und fast vollständiges Sistiren des seither kontinuirlich hohen Fiebers; Stimmbänder normal; auf dem linken Aryknorpel dagegen ist eine starke Anschwellung wahrnehmbar. Nach 2 Tagen wieder höhere Fieberentwicklung, an welche sich heftige Bronchitis und linkseitige Pleuritis anschloss, Erscheinungen, die sich aber ebenfalls bald wieder zurückbildeten. Bald darauf nochmaliges Auflodern des entzündlichen Processes mit höherem Fieber und Anschwellen des Ödems am linken Aryknorpel bis zu Kirschengröße, schneller Rückgang der Erscheinungen und Übergang in gänzliche Genesung.

Es entspricht den früher über Erysipel des Larynx gemachten Beobachtungen, dass erst 24 Stunden nach Eintreten des Frostes objektive Veränderungen wahrnehmbar waren, während das rapide Ansteigen und die starke wiederholte Intermission des Fiebers für das Erysipel geradezu charakteristisch ist. Ferner war auch in diesem Falle eine eigenthümliche, mehrere Tage zu beobachtende fleckförmige Trübung an der Schleimhaut der Epiglottis vorhanden, die aus abgestorbenem Epithel zu bestehen schien, und vom Verf. als die dem Erysipel eigenthümliche Phlyktänenbildung Cornil's angesehen wird. Wichtig für die Auffassung des Processes ist ferner die Ausbreitung der entzündlichen Schwellung nach oben, so wie die Mitbetheiligung der Lunge und Pleura. Für die Entstehung des Erysipels ist eventuell der anatomische Bau der Zungenbasis und der Reichthum der hier vorhandenen Epithellücken von Belang, so dass sich hieraus die Prädisposition der Fossa-glosso-epiglottica für die specielle Erkrankung erklären lässt. Eine bakteriologische Untersuchung ist nicht gemacht worden. **Markwald** (Gießen).

34. **A. Pajor.** Urethritis membranacea desquamativa.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1889. Hft. 1.)

Diese sehr seltene Erkrankungsform wurde an 2 Fällen beobachtet, bei welchen sich im Endstadium einer äußerst chronischen Urethritis ant. et post. membranartige, der Harnröhrenschleimhaut aufsitzende Gebilde mit allmählicher Loslösung zeigten. Als Symptome wurden notirt außer einer geringen Sekretion eine Reihe von nervösen Erscheinungen, Schmerzen am Perineum und längs des Verlaufes der Harnröhre, kontinuirliche Pollutionen, Schwäche und Zittern in den Gliedmaßen, ja sogar An- und Parästhesie im Bereiche des Penis bei einem der Kranken. Die Membranen folgten von der Pars membranacea aus dem ganzen Verlaufe und Umfange der Harnröhre, adhärirten der Schleimhaut ziemlich fest und lösten sich erst nach Einwirkung äußerer Reize (Endoskop, 1%ige Jodlösung). Die Membranen erwiesen sich als rein epithelial und nicht, wie in früheren Mittheilungen der Litteratur, als Krup der Harnröhre. **Joseph** (Berlin).

35. **Dubuc.** Des accès de fièvre survenant comme complication de certains rétrécissements de l'urèthre, de leur pathogénie, de leur traitement.

(Union méd. 1889. No. 41.)

Bei 2 Männern im Alter von 76 und 44 Jahren hatten sich durch unvollständige Entleerung der Blase in Folge von Harnröhrenstrikturen Fieberanfälle mit Temperaturen bis zu 41°, Verschlechterung des Allgemeinbefindens etc. eingestellt. Der von dem ersten Kranken spärlich und mühsam, von dem zweiten etwas besser gelassene Urin war trübe, übelriechend, mit dickem Bodensatz. Bei beiden Pat. leistete die Anwendung des Verweilkatheters mit täglich vorgenommenen Auswaschungen der Blase mit schwachen antiseptischen Lösungen (im ersten Falle auch noch mit Höllensteinlösung 1 : 2000) vortreffliche Dienste, indem das Fieber schwand, der Appetit, die Kräfte etc. sich wieder hoben. Auch nach erfolgter Besserung ist häufige Einführung mittelstarker Sonden, eventuell auch Blasenausspülungen bei beiden Pat. erforderlich. **G. Meyer** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

36. Th. v. Jürgensen. Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Zweite Auflage.

Leipzig, **Veit & Co.**, 1889.

Das Werk, welches wir bei seinem Erscheinen schon mit Beifall begrüßt haben, liegt in zweiter vermehrter und verbesserter Auflage vor uns. Die frische anschauliche Darstellung, welche sich überall auf der Höhe der Wissenschaft befindet, verbunden mit der geschickten Auswahl, welche das Wesentliche ins rechte Licht setzt, sichert ihm einen hervorragenden Platz unter den Lehrbüchern des Faches. Der Umfang desselben dürfte allerdings an der äußersten Grenze angelangt sein, wenn das Buch den großen Vorzug der praktischen Kürze, welchen es besitzt, nicht einbüßen soll. Vermehrung des Inhaltes ohne Vermehrung des Umfanges zu erreichen, wird in den folgenden Auflagen eine immer zunehmende Schwierigkeit werden. Mit bekannter Energie greift der Verf. manche alte Schemata an (cf. Gehirnhyperämie), welche wir aus der Schule bisher nicht haben entfernen können und deren Berechtigung doch vielfach zweifelhaft ist. In diesen oft interessanten Ausführungen erhebt sich das Werk über den Rahmen eines Lehrbuches. Ausgezeichnete Abschnitte sind den einzelnen praktisch so bedeutsamen Symptomenkomplexen gewidmet. Sie werden namentlich dem Schüler das Verständnis der komplicirteren Krankheiten in hohem Maße erleichtern. Mit Beifall hebe ich auch die Nüchternheit des therapeutischen Standpunktes hervor. Die Abneigung, das Quecksilber bei den akuten Entzündungen wieder in größerem Umfange heranzuziehen und das energische Festhalten an den kalten und kühlen Bädern gegenüber der Neigung, mit allen möglichen temperaturherabsetzenden Medikamenten zu wirthschaften, betone ich besonders, da ich ganz damit übereinstimme und v. J. am wenigsten in Verdacht eines starren Festhaltens alter Methoden gegenüber den Fortschritten der Wissenschaft stehen kann. So wünschen wir im besten Interesse der praktischen Medicin dem Buche einen großen Leserkreis und ein fleißiges Studium. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

37. R. Emmerich und H. Trillich. Anleitung zu hygienischen Untersuchungen.

München, **M. Rieger**, 1889.

Das vorliegende Werk, als Leitfaden für die praktisch hygienischen Übungen der baierischen Physikatskandidaten entstanden, giebt eine erschöpfende Darstellung der gewöhnlichen hygienischen Untersuchungsmethoden. Es behandelt die meteorologischen Untersuchungen, die chemische Untersuchung von Luft und Wasser, die Untersuchung des Bodens, die bakteriologischen Methoden, die Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel, von Gebrauchsgegenständen, endlich Baumaterialien, Ventilation und Beleuchtung. Die meisten Apparate, die Hauptformen der Spaltpilze sind durch Abbildungen veranschaulicht, für die wichtigsten Berechnungen die nöthigen Tabellen gegeben; bei der Besprechung der einzelnen Methoden überall die physikalischen und chemischen Vorbegriffe — selbst die elementarsten — erörtert, so dass ein Zurückgreifen auf andere Hilfsbücher entbehrlich werden kann. Wir glauben demnach, dass trotz einzelner Einseitigkeiten — Trinkwasserepidemien werden z. B. schlankweg geleugnet — auch neben dem größeren Werk Flügge's das vorliegende sich behaupten und sicher eine Reihe von Freunden erwerben wird. **Strassmann** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und ein Prospekt über Gruber's Ohrenheilkunde.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. Sonnabend, den 23. November. 1889.

Über Bleichsucht.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. med. **A. Wilhelmi,**

prakt. Arzt in Güstrow.

Seit nun bald zwei Jahren habe ich bei Fällen hochgradiger Bleichsucht, die der gewöhnlichen Therapie trotzten, kleine Blutentziehungen (durch Venaesektion) zur Anwendung gebracht und dabei in der Regel so überraschend günstigen Erfolg erzielt, dass ich mich für berechtigt halte, nunmehr die betreffenden Krankengeschichten dem Urtheil der Fachgenossen zu unterbreiten, in der Hoffnung, dass auch anderweitig angestellte Versuche dieselben Resultate zeigen werden. Unmittelbar nach Vornahme der Blut-

entziehungen findet nicht allein eine Besserung sämmtlicher subjektiver Beschwerden statt bis zu völligem Verschwinden derselben — sie mögen vorher noch so hochgradig gewesen sein —, sondern auch objektiv ändert sich das Bild, das die Kranken bis dahin darboten, völlig, was ganz besonders in einer mehr oder weniger erheblichen Zunahme des Körpergewichts sich zu erkennen giebt. Ich vermeide absichtlich, in theoretische Erörterungen über diese auffallende Wirkung kleiner Aderlässe einzutreten und etwa aus den bis jetzt mir zu Gebote stehenden ca. 25 Fällen schwerwiegende Hypothesen herzuleiten, ich halte vielmehr lediglich es für meine Pflicht, die von mir beobachteten Thatsachen zur Mittheilung zu bringen und die Kollegen zu bitten, die Methode praktischer Prüfung am Krankenbette zu unterwerfen, in der festen Überzeugung, dass — vorausgesetzt, dass die Blutentziehungen genau in der von mir befolgten Weise ausgeführt wurden — die von mir beobachteten Erscheinungen Bestätigung finden werden.

Unter dem Titel »Bleichsucht und Aderlass, Beobachtungen und Erfahrungen« wird meine Arbeit im Verlage von Opitz & Co. in Güstrow in einigen Wochen als Broschüre erscheinen.

Güstrow, den 4. November 1889.

---

1. **L. Manfredi** e **G. Traversa.** Sull' azione fisiologica e tossica dei prodotti di coltura dello streptococco dell' erisipela.

(Giorn. internas. delle scienze med. 1889. Fasc. 6.)

Die Verff. erhielten durch Injektion von Bouillonkulturen des Erysipelstreptococcus, welche durch Filtration sterilisirt waren, bei Fröschen, Meerschweinchen und Kaninchen Vergiftungserscheinungen, und zwar äußerte sich die Intoxikation in zwei durchaus verschiedenen Formen. Dieselbe Kultur in gleicher Dosis applicirt rief bei Thieren verschiedener oder auch derselben Art ganz entgegengesetzte Erscheinungen hervor, bald Lähmungen, bald Krämpfe. Die paralytische Form der Erysipelvergiftung tritt bei Fröschen 5—15 Minuten nach Injektion einiger Kubikcentimeter der Kultur ein; sämmtliche willkürliche und Reflexbewegungen hören auf, nur der Herzschlag bleibt erhalten. Die elektrische Erregbarkeit der peripheren Nerven und der Muskeln ist zunächst nicht alterirt, erlischt jedoch später auch. Beim Kaninchen (seltener beim Meerschweinchen) äußert sich die paralytische Form der Vergiftung 30 bis 50 Minuten oder längere Zeit nach der subkutanen Injektion durch Somnolenz und mehr oder weniger ausgesprochene Paresen der Extremitäten bei erhaltener Sensibilität. Nachdem die Thiere einige Zeit in diesem Zustand gewesen sind, erholen sie sich sehr schnell und erscheinen wieder völlig gesund.

Bei der konvulsiven Form der Vergiftung treten zunächst klonische, dann tonische Krämpfe der Muskeln des Kopfes und der oberen Körperhälfte auf, oder es entstehen epileptiforme Anfälle

(beim Frosch 5—12 Minuten nach der Injektion). Meerschweinchen zeigen 30 bis 50 Minuten nach subkutaner Injektion von 5 bis 15 ccm der Erysipelkultur zunächst Zittern des Kopfes und der Glieder, später stärkere klonische Krämpfe der ganzen Körpermuskulatur mit nachfolgender Lähmung. Auch hier pflegt nach 2 bis 4 Stunden völlige Heilung einzutreten. Bei Versuchen über die Lokalisation der Giftwirkung im Centralnervensystem, welche hier nicht ausführlicher referirt werden können, kamen die Verff. zu dem Resultat, dass das Gift hauptsächlich auf das verlängerte Mark wirkt.

Die Vergiftungserscheinungen durch Erysipelkulturen sind unabhängig von dem Alter der Kulturen und von der Koncentration der Nährlösungen. In festen Nährböden findet sich weniger Giftstoff als in Bouillon. Höhere Temperaturen schädigen die Giftbildung, Siedehitze zerstört das Gift. Kulturen unter Ausschluss des Sauerstoffs erzeugen mehr Gift als solche mit Luftzutritt. Durch den Sauerstoff wird das Gift allmählich (durch Oxydation?) zerstört.

Die Verff. glauben, dass durch die von ihnen gewonnenen experimentellen Resultate gewisse klinische Symptome des Erysipels, namentlich manche Allgemeinerscheinungen (Koma, Krämpfe etc.) erklärt werden können.

F. Neelsen (Dresden).

---

2. **Nadine Popoff.** Über die Bildung von Serumalbumin im Darmkanale. (Aus dem physiologischen Institut zu Bern.)

(Zeitschrift für Biologie Bd. XXV. N. F. VII. Hft. 4. p 428.)

Nach der schon früher von Kronecker und seinen Schülern angewendeten Methode findet B., dass das beim Durchleiten von 0,6%iger Kochsalzlösung erschöpfte Herz der Kröte sich nicht oder nur sehr unvollkommen wieder erholt, wenn durch dasselbe syntoninfreie Magenpeptone, nachdem sie eine Zeit lang im Magen eines Hundes verweilt und auf einen Gehalt von 0,6% Kochsalz gebracht worden waren, durchgeleitet wird. Wenn dagegen Magenpeptone in einer Vella'schen Darmschlinge eine Zeit lang in Berührung mit der Darmwand gebracht werden, so vermag die Peptonlösung dem erschöpften Herzen wieder die Kraft zu energischen Schlägen zu verleihen. Mit Rücksicht auf die früheren Kronecker'schen Versuche schließt P., dass unter diesen Bedingungen eine Bildung von Serumeiweiß aus Pepton stattfinde. Pankreaspeptone bewirken dagegen keine Erholung des erschöpften Herzens, auch nicht, wenn sie in der Darmschlinge verweilt haben. Sie würden also nicht von der lebenden Darmschleimhaut zu Serumalbumin regenerirt.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. **B. J. Stokvis.** Oude en nieuwe Cardio-tonica.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 3.)

In der 40. allgemeinen Versammlung niederländischer Ärzte hat S. in fesselnder Rede die pharmako-dynamische Eigenschaft der älteren und neueren Cardio-tonica besprochen.

Vor Allem wird die von ihm angewandte Untersuchungsmethode am Froschherzen demonstrirt, an den Einfluss der Temperatur erinnert und schließlich gezeigt, dass am Froschherzen die peristaltischen Wühlbewegungen nicht auftreten — auch wenn es unter der Wirkung von Cardio-tonica abstirbt —, wenn man nur dafür sorgt, dass der Druck nicht unter 150 mm (Wassersäule) sinkt. Dann wendet S. sich zuerst der Besprechung der Digitalis zu. Ihre Wirkung zu erklären haben Schmiedeberg und Böhm versucht durch Annahme einer direkten Wirkung auf den Herzmuskel. Ihre Experimente am überlebenden Froschherzen sind aber nicht ohne Weiteres auf das lebende Säugethier zu übertragen: 1) weil das isolirte Herz nur einen Theil des Ganzen bildet; 2) weil das Nervensystem bei den Warmblütern viel größeren Einfluss ausübt; 3) weil die Versuche nicht dieselben Erfolge aufzuweisen haben als die Erfahrung am Krankenbette; 4) weil andere Experimente gelehrt haben, dass die Digitalis auch das Gefäßcentrum und die Gefäßmuskeln beeinflusst; 5) die klinische Erfahrung lehrt, dass ein therapeutischer Erfolg an Pulsverlangsamung gebunden ist und 6) S. bei seinen Versuchen, wobei das Herz von digitalishaltigem Blut durchströmt wird, andere Resultate erhalten hat. Die Herzwirkung zeigt sich dann zwar verstärkt, ist aber zu gleicher Zeit beschleunigt, und die Beschleunigung dauert auch dann noch fort, wenn toxische Dosen das Herz durchströmen, wobei die Leistung schon längst herabgesetzt ist. S. erklärt sich also für die Wahrscheinlichkeit, dass die Traube-sche Theorie der Wahrheit entspricht. Nach ihm ist Digitalis in erster Reihe ein Reizmittel für das Herz- und Gefäßcentrum und die verstärkte Wirkung des Herzmuskels kann nur seine Leistung fördern. Convallaria maj. und Adonis vernalis und aestivalis sind im physiologischen Sinne der Digitalis vollkommen analog, nur ist ihre Wirkung 10—20mal schwächer. Strophanthus hingegen übt 10—100mal stärkere Wirkung aus, doch beeinflusst es das Gefäßcentrum nicht. Sparteïn ist kein Tonicum fürs Herz, es bewirkt Beschleunigung, setzt aber die Energie unbedingt herab und reizt das Vaguscentrum nur, um es sofort zu lähmen. Das Coffeïn übt keine Wirkung auf das isolirte Herz aus, seinen herzbeschleunigenden Effekt dankt es vielleicht einer Reizung der Nn. accelerantes cordis und die günstigen Erfolge bei Herzleiden auch theilweise seinen diuretischen Eigenschaften.

Feltkamp (Amsterdam).

---

4. **Geigel.** Die Hauttemperatur im Fieber und bei Darreichung von Antipyreticis.

(Verhandlungen der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. Bd. XXII.)

Da über die Höhe der Hauttemperaturen beim Fieber Zuverlässiges bisher nicht bekannt war, hat G. es unternommen, mit Zuhilfenahme eines komplicirten, sehr genauen Apparates, den Kunkel (s. Sitzungsberichte d. physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1886)

konstruirt hat, eine Reihe von Untersuchungen anzustellen. Dieselben ergaben folgende interessante Resultate: Die Hauttemperatur ist in den verschiedenen Stadien des Fiebers: im Frost, im Fastigium und im (künstlich erzeugten) kritischen Abfall eine verschiedene, ein Umstand, der geeignet erscheint, auf das Zustandekommen der erhöhten Innentemperatur ein gewisses Licht zu werfen.

Im Fieberfrost ist die Hauttemperatur nicht erhöht, sondern bedeutend herabgesetzt. Die Haut ist kühler und giebt desswegen weniger Wärme an die Umgebung ab als vorher, sie ist blass und blutleer und schützt so die inneren Theile als schlechter Leiter vor Abkühlung. G. meint, dass also zuerst durch Kontraktion der Hautgefäße und dadurch bedingte Aufspeicherung der normalerweise gebildeten Wärme im Inneren zunächst der Körper angeheizt wird für den darauf folgenden lebhaften pathologischen Oxydationsprocess.

Für das Höhestadium des Fiebers kommt eine beträchtliche Quelle des Wärmeverlustes, die Schweißbildung, in Wegfall; überall wo im Fieber Schweißbildung auftritt, bedeutet dies auch Fallen der Innentemperatur. Die Haut fühlt sich auf der Höhe des Fiebers nicht nur wärmer, sondern auch trockener an: der Wärmeverlust durch die Haut ist auf der Höhe des Fiebers gesteigert. Um diesen gesteigerten Wärmeverlust auszugleichen und die Temperatur des ganzen Körpers auf gleicher Höhe zu halten, muss auch die Wärmeproduktion vermehrt sein.

Den Fieberabfall konnte G. nur in Bezug auf den kritischen zum Gegenstand der Versuche machen, nur einmal glückte es ihm, eine spontane nicht ganz unbeträchtliche Remission in den Rahmen eines Versuches zu bringen: diese eine Beobachtung verhielt sich in ihren Resultaten ganz analog zu den künstlich bewirkten. Der Abfall der Fiebertemperatur folgt auf ein Ansteigen der Hauttemperaturen, welches dann unter Schweißbildung einem beträchtlichen Abfall derselben Platz macht; dies ist der Typus des Verhaltens von Haut- und Innentemperaturen, der in allen Versuchen, die mit Antipyrin und Antifebrin angestellt wurden, entgegentritt. Das Fallen der Hauttemperaturen beim Fieberabfall ist in besonderem Grade abhängig von auftretender Schweißbildung.

Was die Wirkungsweise der beiden verwendeten Fiebermittel, des Antifebrin und Antipyrin, anlangt, so unterscheiden sich beide nur in dem Punkte, dass bei letzterem geringere und spätere Schweißbildung eintritt als beim Antifebrin. Beide wirken im Übrigen in gleichem Sinne dadurch temperaturerniedrigend, dass sie die Wärmeabgabe von Seiten der Haut steigern; dass sie auch die Wärmeproduktion erniedrigen, haben G.'s Versuche nicht erwiesen.

M. Cohn (Berlin).

---

5. **L. Vanni.** La fluttuazione toracica tattile nella pleurite essudativa. (Clinica medica di Firenze.)

(Sperimentale 1889. Juni.)

Das dem Galen vielleicht nicht unbekannte, zuerst von Breventani (1838) ausdrücklich gewürdigte, von Tarral wiedergefundene und neuerdings von Mouisset genauer studirte Phänomen der thorakalen Fluktuation bei Flüssigkeitsansammlungen in der Brusthöhle, wird von V. bezüglich der physikalischen Bedingungen seines Entstehens und seiner klinischen Bedeutung durch eine Anzahl von Experimenten und Krankenbeobachtungen auf die folgenden Voraussetzungen eingeschränkt: Eine fühlbare pleurale Fluktuation bei exsudativer Pleuritis kann nur durch einen direkten Stoß auf die Weichtheile der Intercostalräume erzeugt werden; sie ist um so deutlicher, je weiter diese Räume und je schlaffer die ausfüllenden Gewebe durch den mechanischen Druck der Flüssigkeit oder durch entzündliche Infiltration geworden sind.

Am ausgesprochensten tritt das Phänomen desshalb an jenen Thoraxstellen auf, an welchen bereits in Folge der normal-anatomischen Verhältnisse der Abstand der Rippen von einander am größten und die zwischen Pleura und Hautoberfläche liegenden Weichtheile am spärlichsten sind.

In so fern die genannten Bedingungen häufig fehlen, kann dem Symptom eine große klinische Bedeutung nicht zugemessen werden.

G. Sticker (Köln).

---

6. **Andreesen.** Über den inneren Gebrauch des Kreosots und parenchymatöse Kreosotinjektionen bei Tuberkulose der Lungen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 25.)

Den Werth des innerlichen Gebrauches des Kreosots bei der Lungenschwindsucht sieht Verf. vornehmlich in der günstigen Einwirkung auf die Magenfunktionen. Im Allgemeinen fehlen selbst bei erheblichen Gaben üble Nebenwirkungen, nur scheine bei Pat. mit erregbarem Gefäßsystem eine Schwächung des Herzens durch über 0,3 gehende Gaben einzutreten. Auf Grund einer Arbeit von Rosenbusch in Lemberg, welcher einer größeren Reihe von Kranken direkt in die erkrankte Lunge eine 3%ige Lösung von Kreosot in Mandelöl injicirte und gute Erfolge von dieser Behandlungsmethode sah, wandte Verf. dieses Verfahren bei 6 Tuberkulösen, von denen sich 5 im letzten Stadium befanden, ebenfalls an. Im Ganzen wurden 60 Injektionen ausgeführt, bei 2 Kranken je 1mal nach der Injektion eine schnell vorübergehende Hämoptoe beobachtet, im Übrigen keine bedrohlichen Zufälle registrirt. Obwohl Verf. nach seinen eigenen Angaben keine sonderlichen Erfolge erzielt haben kann, empfiehlt er die weitere Prüfung dieser parenchymatösen Injektionen.

Zum Schluss wird eine briefliche Mittheilung von Rosenbusch an den Verf. citirt, aus welcher hervorgeht, dass der Autor dieser Behandlungsmethode nach weiterer Prüfung meist nur vorübergehende Erfolge, bei Kranken mit Infiltrat und beginnendem Zerfall etwas bessere Resultate beobachtet haben will. **Peiper** (Greifswald).

---

7. **Günther** (Montreux.) Die Fundamentalbedingung der Inhalationstherapie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Als rationellste Behandlungsmethode der Lungenschwindsucht erachtet Verf. die lokale, id est die Inhalationstherapie. Wenn dieselbe so vielfach mit den in alter wie in jüngster Zeit empfohlenen Mitteln im Stich gelassen habe, so sei nicht immer die Wirkungslosigkeit des angewandten Mittels an sich Schuld, sondern sehr oft die Ungunst der pathologischen Verhältnisse oder erschwerte Inangriffnahme des Lungenherdes. Da nach den bekannten Untersuchungen Schreiber's ein infiltrirter Lungenbezirk seine inspiratorische Saugkraft verloren habe, müsse demnach bei rationeller Anwendung der Inhalationsmethode dieselbe so eingerichtet werden, dass der das Medikament mit sich führende Luftstrom nach den erkrankten Lungenpartien geleitet werde. Dies geschehe nach den Schreiber'schen Experimenten am geeignetsten durch Kompression der gesunden Lungenpartien, gewöhnlich also, bei beginnender Phthise, der unteren Lungenabschnitte. Verf. übt in ganz zweckmäßiger Weise die Kompression mittels einer weichen, breiten Flanellbinde aus während der Inhalation von Kreosot oder Fluorwasserstoffsäure. Ganz konstant beobachtete Verf. bei diesem Verfahren zwei Erscheinungen: Verminderung der Rasselgeräusche und Übergang des schleimig klumpigen Sputums in ein katarrhalisches. Ganz abgesehen von allem Anderen glaubt Verf den einen Schluss sicher ziehen zu können, dass es möglich ist, so in unverkennbarer Weise den Krankheitsherd der Inhalationstherapie zugänglich zu machen. **Peiper** (Greifswald).

---

8. **E. Krull.** Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Lungenschwindsucht mittels Einathmung feuchtwarmer Luft.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Auf Grund weiterer Beobachtungen berichtet K. über einige Veränderungen seiner Behandlungsmethode der Lungenphthise. K. temperirt die Einathmungsluft nicht mehr auf 43—46° C., sondern lässt jetzt gewöhnlich eine Luft einathmen, deren Temperatur sich zwischen 39 und 40° bewegt, mit einer Anfangstemperatur von 38,5° C. Betreffs der Sitzungsdauer empfiehlt Verf., zu Beginn der Kur nicht länger als 15 Minuten einmal täglich zu inhaliren. Erst nach dem Verschwinden der oft mit Temperatursteigerungen einhergehenden Expektorationen dürfe man die Sitzung auf 20 Minuten verlängern,

müsse aber sofort bei etwaigen abermaligen Fiebererscheinungen wieder auf 15 Minuten zurückgehen. Von dieser Behandlungsmethode, deren Werth in der Beseitigung der mangelhaften Ernährung der Lunge durch vermehrte Blutzufuhr zu suchen sei, hat K. die Überzeugung gewonnen, dass sie nie, auch nicht die schwächsten Pat. angreife, keinen lokalen Reiz ausübe und die Temperatur nicht erhöhe. Blutungen verloren sich ohne Anwendung von internen Medikamenten während der Behandlung, das Körpergewicht nahm mit beginnender Genesung zu.

Peiper (Greifswald).

9. Mosso und Rondelli. Über Einathmung auf 200° erhitzter Luft mittels des von Dr. Weigert zur Heilung der Phthisis konstruirten Apparates.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Auf Veranlassung von Bozzolo haben die Verff. eine Reihe von Untersuchungen mit dem Weigert'schen Apparat angestellt. Dieselben führten zu folgenden Ergebnissen: 1) Fast die ganze Wärme der mit dem Weigert'schen Apparate eingeathmeten überhitzten Luft wird zur Verwandlung des Wassers der Schleimhäute der Luftwege in Dampf aufgebraucht. 2) Da die Möglichkeit vorlag, dass die zum Eindringen der Luft in die Lungen erforderliche Zeit so kurz sei, dass die Luft nicht genügend Zeit habe, sich vollständig mit Wasser zu sättigen, so wurde experimentell der Beweis erbracht, dass der Durchgang eines heißen Luftstromes von 190—220° durch ein befeuchtetes Gazediaphragma, während der Dauer einiger Minuten nicht im Stande ist, die Temperatur der oberen Kammer, wo die Verdampfung des Wassers vor sich geht, zu erhöhen. Der heiße Luftstrom kühlt sich beim Durchgang durch eine Schicht feuchter Gaze sofort ab. 3) Bei Hunden, welche überhitzte Luft einathmen, war die Temperatur in der Nähe der Bronchien nicht nur nicht erhöht, sondern sogar um einen halben Grad niedriger als die Rectaltemperatur. 4) Nach Einathmung von 180° heißer Luft ist die ausgeathmete Luft von gleicher Temperatur, wie wenn man 18° Temperatur eingeathmet hat. 5) Die von einem heiße Luft athmenden Menschen ausgeschiedene Wassermenge ist geringer als in normalem Zustande. 6) Die Bluttemperatur in der Carotis erhöht sich im Mittel nur um $^1/_2$° und bleibt konstant um 0,4—0,5° unter jener des Rectums. Die Einathmung heißer Luft hat demnach keinerlei Einfluss auf die Körpertemperatur.

Peiper (Greifswald).

10. Jacubasch. Über Inhalationen bei Lungenschwindsucht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Verf. empfiehlt von Neuem Terpentininhalationen gegen Lungenschwindsucht und zwar lässt er die Einathmungen in besonders dazu eingerichteten Inhalationszimmern, in welchen die Entwicklung der Terpentindämpfe durch Extraktion frischer Fichtensprossen vermittels

Wasserdämpfe geschieht, vornehmen. In einem Zeitraum von 5 Jahren hat Verf. bei Anwendung der Fichtennadeldämpfe nur Misserfolge bei Phthisikern im letzten Stadium gesehen, selbst schwächliche Kranke sollen durch die eine Stunde etwa dauernden Einathmungen nicht belästigt werden. Abgesehen von der Wirkung auf den Hustenreiz und Sputum ist Verf. »fest überzeugt«, dass die Inhalationen auch gegen die Tuberkelbacillen ihre Wirksamkeit entfalten, denn in zahlreichen Fällen erholten sich die Pat. viel schneller, welche inhalirten, als andere in demselben Stadium befindliche, welche nicht inhalirten. Um Missverständnissen vorzubeugen, fügt Verf. noch hinzu, dass er allerdings als wichtigstes Erfordernis für die Heilung die Überführung der Kranken in einen schwindsuchtsfreien Ort nach wie vor ansehe.

Peiper (Greifswald).

---

11. **Weber.** Die Behandlung der Schwindsucht mit Kohlensäure.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 35.)

Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass bei reichlicher Entwicklung von Kohlensäure in oder in der Nähe von menschlichen Organismen die Tuberkulose nicht zur Ausbildung resp. zum Stillstand kommt. Zum Belege führt er zunächst die Immunität der Kalkofenarbeiter an, bei deren Arbeit Kohlensäure in großen Massen entweicht. Dann weist er darauf hin, dass Diabeteskranke mit Vorliebe von der Phthisis heimgesucht werden und führt dies auf die mangelhafte Entwicklung der Kohlensäure beim Diabetes zurück. Ferner erklärt er den Stillstand der Phthisis während der Schwangerschaft durch die reichliche Zuführung von Kohlensäure, die der mütterliche Organismus durch den Stoffwechsel des Fötus erfährt, und erwähnt schließlich die relative Immunität der Herzkranken und Emphysematiker, in deren Lunge stets reichlich Kohlensäure vorhanden ist.

Diese Betrachtungen veranlassten W., durch Zufuhr von Kohlensäure Heilung resp. Besserung der Phthise anzustreben. Zur Erzeugung der Kohlensäure benutzt er Natron bicarbonicum und lässt davon 3mal täglich einen Theelöffel nehmen, nachdem die Pat. vorher ein Glas Wasser mit 12 Tropfen Acidum muriaticum getrunken haben. Beide Medikamente werden vor dem Essen, also bei möglichst leerem Magen eingeführt. 1 g Natron bic. entwickelt 0,52 g Kohlensäure.

Mit dieser Medikation hat W. bei 10 Pat., über welche er eingehender berichtet, erfreuliche Erfolge zu verzeichnen gehabt. Alle Kranke, auch solche, bei denen der Lungenprocess bereits weit vorgeschritten war, fühlten sich subjektiv wohler, die Respiration wurde leichter und freier. Der Appetit hob sich, der Husten wurde geringer, bei einigen Pat. besserte sich der Schlaf, Nachtschweiße und Durchfälle ließen nach und hörten sogar theilweise ganz auf. Alle

Kranke sind in ihren bisherigen socialen Verhältnissen geblieben, theilweise sogar ihren Berufsgeschäften während der Behandlung nachgegangen.

W. hält selbst die Zeit der Beobachtung noch für zu kurz, um ein abschließendes Urtheil zu fällen; er will selbst weiter prüfen und fordert auch die Kollegen zur Nachprüfung der angegebenen Behandlungsweise auf. **M. Cohn** (Berlin).

---

12. **Volland** (Davos). Die Behandlung der Lungenschwindsucht im Hochgebirge.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1889.

In geistvoller und in jeder Weise anregender Darstellung schildert Verf. in der vorliegenden Schrift seine auf 15jährige Erfahrung gestützten Anschauungen über die Behandlung der Lungenschwindsucht im Hochgebirge. Seine Ausführungen bewegen sich in den Grenzen, welche durch das bisherige Fehlschlagen der zahlreichen, von den verschiedensten Seiten angepriesenen Mitteln gezogen sind. Als das einzige bisher wirklich erprobte Verfahren, die Lungenschwindsucht zu heilen oder doch zu bessern, bezeichnet Verf. mit Recht nach den bisherigen Erfahrungen den Grundsatz, die Ernährung des Pat. zu heben, dadurch die Qualität des Blutes zu bessern und die Quantität zu vermehren. Als das sicherste, schnellste und beste Mittel zur Hebung der Kräfte glaubt Verf. vor Allem das Hochgebirgsklima bezeichnen zu können, wenn schon die Möglichkeit der Heilbarkeit der Lungenschwindsucht in anderen Klimaten damit nicht ganz in Abrede gestellt wird.

Bezüglich der körperlichen und psychischen Verhaltungsvorschriften für die Kranken giebt Verf. eine reiche Fülle der von ihm erprobten Maßnahmen. Hier sowohl, wie in der symptomatischen Therapie weichen die Anschaungen des Verf. von den sonst üblichen in einzelnen Punkten ab. So verwirft Verf. die Lungengymnastik, wie das Bergsteigen, weil durch derartige Maßnahmen das junge Gewebe gezerrt und gedehnt werde. V. kann eben so der viel angewandten Dusche keinen nachweisbaren Nutzen, wohl aber zuweilen direkt schädliche Einwirkungen nachsagen etc.

Die Disposition der Lungenspitzen zu der phthisischen Erkrankung glaubt V. zurückführen zu können auf die, zumal bei geschwächter Herzkraft eintretende Anämie und schlechte Ernährung der Lungenspitzen, in denen die Blutvertheilung dem Gesetze der Schwere nach eine sehr ungenügende sein müsse. **Peiper** (Greifswald).

Kasuistische Mittheilungen.

13. **Wilh. Zahn.** Mittheilungen aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Genf.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. p. 1—51 u. 209—227.)

Verf. theilt eine Reihe Krebsfälle mit, die mehr von pathologisch-anatomischem als von klinischem Interesse sind und hier desshalb nur ein kurzes Referat erheischen.

1) Über Geschwulstmetastasen durch Kapillarembolie. 3 Fälle, wovon besonders die beiden letzten für die Kapillarembolie beweisend sind. Foramen ovale geschlossen. Zahlreiche Metastasen im Körper, auch in den Knochen.

2) Über einige Fälle seltener Geschwulstmetastasen. 2 Fälle von sekundärem Magenkrebs, 1 von sekundärem Ovarialkrebs und 1 von Metastasen in den Tonsillen. Die primären Tumoren befanden sich bei Fall 1, 3 und 4 in der Brustdrüse, bei Fall 2 im Ösophagus.

3) Beiträge zur Ätiologie der Epithelialkrebse. 3 Fälle von Krebs mit nachweislich vorangegangener andauernder Reizwirkung. a) Fall von Epithelialcarcinom der Ferse nach Mal perforant. b) Fall von primärem Leberkrebs an der Stelle einer alten auf die Leber drückenden Rippenfraktur. c) Fall von primärem Leberkrebs an der Stelle, wo eine chronische retrahirende Peritonitis das Lebergewebe zerrte.

4) Beiträge zur Histiogenese der Carcinome: a) Beginnender Plattenepithelkrebs der hinteren Muttermundslippe. b) Beginnender Cylinderepithelkrebs des Pylorus. Beide Fälle bildeten zufällige Sektionsbefunde und es ließ sich in beiden der Nachweis führen der Entstehung der Krebszellen aus den Epithelzellen der Haut resp. der Drüsen.

5) Über 2 Fälle von Perforation der Aorta bei Ösophaguskrebs. Plötzlicher Tod durch Blutbrechen. **Hansemann** (Berlin).

14. **P. Guttmann.** Verbreitete Sarkomatose der inneren Organe bei einem 14½jährigen Mädchen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Bei einem 14½jährigen Mädchen wurde durch zufällige Untersuchung ein Tumor abdominis konstatirt, der von der Symphyse bis zum Nabel reichte. Da die Menstruation, die vordem erfolgt war, ausgeblieben war und mehrfach Kohabitation stattgefunden hatte, wurde Schwangerschaft angenommen, bis eine Untersuchung in Chloroformnarkose zeigte, dass der Tumor einem Ovarium angehörte. Nach 8 Tagen starb die Kranke. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Das linke Ovarium, das den graviden Uterus vorgetäuscht hatte, war stark durch Geschwulstmassen vergrößert; die Geschwülste waren über die meisten Organe des Abdomens, einzelne auch in der Brusthöhle zerstreut und erwiesen sich als Rundzellensarkome. Das primär erkrankte Organ konnte nicht eruirt werden.

Markwald (Gießen).

15. **Book** (St. Louis). Primary Sarcoma of the lung.

(Journ. of the Amer. med assoc. 1889. Januar 1.)

Die Fälle von Sarkom in der Brusthöhle sind relativ selten; nur wenige ausführliche Veröffentlichungen liegen vor. B. beschreibt den Krankheitsverlauf eines 5jährigen Kindes, dessen linke Brusthöhle der Sitz der Erkrankung war. Die physikalischen Erscheinungen deckten sich mit einem riesigen Empyem, nur dass die Zwischenrippenräume nur verbreitert, aber nicht vorgewölbt waren. Doch ließ sich die Diagnose auf Tumor nicht stellen, auch nicht nach wiederholten Punktionsversuchen. Die Sektion ergab ein Spindelzellensarkom. Für die Differentialdiagnose zwischen Empyema und Neoplasma lässt B. an erster Stelle die tiefgehende Punktion mit einer kräftigen Hohlnadel gelten; gelingt es hierbei flüssigen Inhalt oder überhaupt etwas aus der Brusthöhle zu exspiriren, so kann die mikroskopische Untersuchung Aufschluss geben. Weiterhin legt B. Werth auf die von ihm

bei seinem Kranken auch beobachtete Stauung der Venen über der ergriffenen Seite, die vermehrte Resistenz bei der Perkussion, das Auseinanderweichen der Intercostalräume ohne Hervorwölbung und das absolute Fehlen aller Athemphänomene. Vorausgesetzt wird, dass es so ist, wie in dem Falle B.'s, dass eben der ganze Thoraxraum von einer Neubildung weicher Art ausgefüllt ist, die sich überall gleichmäßig anlegt. **Prior** (Köln).

16. R. Heymann. Ein Fall von Knochenbildung in der Schleimhaut der Trachea und der großen Bronchien.

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. Hft. 2.)

Bei einer 60jährigen Frau, die an Perichondritis cricoidea gelitten hatte, zeigte sich die Schleimhaut der Trachea und eines Theiles der großen Bronchien mit einer großen Zahl knochenharter Prominenzen besetzt, welche mit den Knorpelringen nicht zusammenhingen und, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, aus echtem Knochengewebe bestanden. Die Entstehung der Knochenplatten ist zu erklären durch Wucherung der peripheren Abschnitte der Knorpel und des Perichondriums, die dann die Schleimhaut immer mehr über das normale Niveau emporgedrängt und schließlich einen Ossifikationsprocess durchgemacht haben.

Markwald (Gießen).

17. P. Gerber. Beitrag zur Kasuistik der Impftuberkulose beim Menschen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 16.)

Nach einer Übersicht über die bis jetzt veröffentlichten Fälle von Impftuberkulose beim Menschen berichtet Verf. über eine eingeimpfte Tuberkulose, die er an sich selbst beobachtet hat. G. verletzte sich bei der Sektion einer phthisischen Lunge leicht mit dem Messer am kleinen Finger. In der darauf folgenden Nacht Schmerzen in der Hand, Schwellung und Röthung bis über das Handgelenk hinaus. Das Allgemeinbefinden war etwas gestört, nach 24 Stunden wieder normal; die kleine Wunde heilte jedoch nicht zu. Nach wenigen Monaten wurde das kranke Gewebe mit der Schere abgetragen; da zeigten sich in der Achselhöhle 5—6 intumescirte Drüsen, es trat hohes Fieber auf, das zu einem 7 Wochen dauernden typhusähnlichen Zustande führte; nach Ablauf dieser Erkrankung wurden die Drüsenpackete herausgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Riesenzellen und Tuberkelbacillen. Heilung und dauerndes Wohlbefinden nach der Operation. G. selbst ist nie tuberkulös gewesen, auch nicht hereditär belastet.

Markwald (Gießen).

18. Prudden and Northrup. Studies on the etiology of the Pneumonia complicating Diphtheria in children.

(Amer. journ. of the med. sciences. 1889. Juni.)

In 17 Sektionen von Kindern, welche an Diphtheritis gestorben waren, und während deren Erkrankung sekundäre Pneumonie auftrat, fanden die Verff. mit einer Ausnahme reichliche Anhäufungen von Streptokokken; bei dem erwähnten Ausnahmefall ließen sich auch keine Streptokokken in der Diphtheriemembran auffinden, während sie in den übrigen Fällen stets reichlich vorhanden waren. Die Züchtungs- und Übertragungsversuche zeigten die Übereinstimmung der Streptokokkenart, welche in den Membranen und in diesen pneumonischen Herden gefunden wurde. Diese Form hat P. (Etiology of Diphtheria. Amer. journ. of the med. sc. 1889, April und Mai) unter dem Namen Streptococcus diphtheriae beschrieben; die Autoren glauben, dass dieser Streptococcus mit dem Streptococcus pyogenes und erysipelatis identisch ist. Bei Kontrollstudien an 3 typischen Pneumonien, bei 5 Lungen ohne besondere Erkrankung und 10 sekundären Pneumonien (2mal an Pneumonie im Verlauf von Keuchhusten, 1mal Erysipelas, 2mal Marasmus) fanden sich Streptokokken nur in dem Falle, in welchem Erysipelas mit der Pneumonie verbunden war, aber nicht frei im Exsudate, sondern in den Blutgefäßen. Übertragungsversuche an Kaninchen — angestellt durch direkte Ein-

führung von Reinkulturen in die Lungen — zeigen, dass eine pneumonische Erkrankung, welche mit der im Verlauf der Diphtheritis aufgetretenen Pneumonie vielfach harmonirt, hervorgerufen wird. Die eingespritzten Streptokokken diphtheriae sind im Ganzen rasch aus dem Entzündungsgebiet verschwunden. P. und N. kommen zu dem Schlusse, dass die akute Pneumonie, welche bei der Diphtheritis auftritt, eine Form der Schluckpneumonie darstellt, hervorgerufen durch den obigen Streptococcus. **Prior** (Köln).

19. **Talfourd Jones.** Diphtheritic gastritis or gastric diphtheria.

(Brit. med. journ. 1889. April 20.)

Ein 3jähriges Mädchen erkrankte an Diphtherie. Am 3. Tage traten Schluckbeschwerden ein, am 6. Tage kam es zu mehrmaligem Erbrechen, am 7. trat Athemnoth ein, das Erbrechen wiederholte sich, in dem Erbrochenen fand sich etwas Blut und einige dunkelrothe hautartige Fetzen. Am 8. Tage steigerte sich die Athemnoth und der Tod trat bei der Aufnahme im Spital ein. Bei der Sektion fand man außer verbreiteter Diphtherie der Rachengebilde und des Kehlkopfes den Magen mit diphtheritischen Auflagerungen ausgekleidet. Die Membran überzog das Innere des Magens vollständig und war an Cardia und Pylorus wie abgeschnitten. Die Speiseröhre war normal. Die Farbe der Membran war dunkelbraunroth, stellenweise olivengrün, ihre Dicke betrug durchschnittlich $^1/_{12}$ Zoll. Sie war an der Magenschleimhaut adhärent, konnte jedoch leicht von ihr abgezogen werden. Die Magenschleimhaut darunter war dunkelroth, frei von Schleim, nicht ulcerirt und zeigte namentlich in den einzelnen Falten zwischen den Rugae zahlreiche punktförmige Hämorrhagien. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

20. **A. Kirstein.** Über Coma diabeticum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Verf. schildert im Anschluss an einen kurzen geschichtlichen Überblick die Theorien, welche über den zuerst von Dusch fixirten Symptomenkomplex des Coma diabet. aufgestellt sind. Besonders ausführlich bespricht er die Stadelmann-Minkowski'schen Versuche, welche das Koma als eine Säureintoxikation erklären, und hebt hervor, dass man aus der quantitativen Bestimmung des Harnammoniaks, noch ehe Erscheinungen von Koma aufgetreten sind, diejenigen Diabetiker erkennen kann, die zu Säureintoxikation neigen. Man hat danach also die Diät nicht nur mit Rücksicht auf die Zuckerausscheidung, sondern auch auf die Ammoniakausscheidung zu bestimmen, eventuell der nicht zu vermeidenden Fleischkost reichliche Mengen Alkalien zuzusetzen. **Markwald** (Gießen).

21. **Horsley.** A case of thrombosis of the longitudinal sinus, together with the anterior frontal vein, causing localised foci of haemorrhage, which produced remarkably localised cortical epilepsy.

(Brain 1888. April.)

In Folge von Tuberkulose des Scheitelbeines plötzlicher Eintritt von Sinusthrombose mit corticaler Epilepsie. Beginn des Anfalles mit Drehung des Kopfes nach links, Aufwärtsrollen der Bulbi, dann Vor-, Auf- und Auswärtserheben des extendirten linken Armes mit extremer Extension des Handgelenkes und Beugung in den Handwurzelgelenken, dann Drehen des Kopfes nach rechts und allgemeine Konvulsionen.

Sektion: Thrombose des Sin. longit. im Bereiche der vorderen 2 Drittel des Stirnlappens. Die Lokalisation der hämorrhagischen Herde in der Rinde (im Anschluss an thrombotische Venen) entsprach der intra vitam gestellten Diagnose: In der rechten Hemisphäre das hintere Sechstel der mittleren Stirnwindung bis an den Sulc. praecentr.; ferner ein kleiner Herd im Bereich des mittleren Drittels der oberen Stirnfurche; in der linken Hemisphäre kleine Blutung, welche die vordere Hälfte des mittleren Drittels der oberen Stirnwindung einnahm (Abbildung beigegeben). Übrigens fand sich über der linken Hemisphäre eine pachymeningitische Membran. **Tuczek** (Marburg).

22. G. Hinsdale. Epilepsy from peripheral irritation. Cures by removal of injured and diseased testicle and a foreign body from the nose.

(Amer. journ. of the med. sc. 1889. Juni.)

Fall I. Ein Matrose, erblich nicht belastet, 22 Jahre alt, wird beim Laden eines Schiffes von einem herabfallenden Heuballen an der rechten Hüfte erfasst und mit großer Wucht auf eine Deckluke geschleudert. Bruch des rechten Schenkels. Starke Kontusion des Rückens in einer Linie, welche zwischen den Beinen beginnend nach der linken Schulter verläuft. Linker Hoden dislocirt. Bewusstlosigkeit von einer halben Stunde. Nachher Schmerzen im Rücken, später immer mehr zunehmende Abnahme der Kräfte und öfters sich wiederholende schmerzhafte Kontraktionen in der linken Seite, verbunden mit allerlei unangenehmen Empfindungen, welche von der linken Leistengegend in die linke Körperhälfte bis zur Occipitalregion ausstrahlen. Am 60. Tage nach dem Unfall der erste ausgesprochene epileptische Anfall. (Aura: zusammenziehendes Gefühl in der linken Inguinalgegend, welches sich auf der linken Körperseite bis in den Kopf verbreitet.) Die Anfälle nehmen im weiteren Verlauf an Häufigkeit zu (bis zu 23 in 24 Stunden). Ca. $9^1/_2$ Monate nach dem Sturze wird der bereits atrophische linke Hoden entfernt, bei Durchschneidung und Ligirung des Samenstranges noch 2 Anfälle. Seitdem (3 Monate) cessiren die Anfälle völlig. Die Kraft hat sich in der linken Körperhälfte wieder eingestellt.

Der II. Fall betrifft einen 51jährigen Mann, welchem der linke Hoden durch eine Kugel zerstört wurde. 13 Jahre später der erste Anfall (ohne Aura). (Die periphere Veranlassung ist durch eine erfolgreiche Operation nicht erwiesen.)

Fall III. Ein 17jähriges blindes Mädchen wird von häufigen, ausgesprochen epileptischen Anfällen, welche lange für unheilbar galten (wie lange?), durch Extraktion einer Bohne aus dem linken Nasenraum geheilt.

Bei Besprechung dieser Beobachtungen, welche dazu auffordern, in jedem Falle von Epilepsie nach einem peripher veranlassenden Moment zu fahnden, hebt Verf. hervor, dass bei jahrelangem Bestehen der Epilepsie nach Entfernung des peripheren Reizes oft doch nicht die Anfälle ausbleiben, weil durch den lang einwirkenden Reiz sich bereits solche Veränderungen im Gehirn etablirt haben, dass auch von hier aus die Anfälle ausgelöst werden können.

A. Cramer (Eberswalde).

23. Féré. On paralysis by exhaustion.

(Brain 1888. Juli.)

Zwei Fälle von halbseitiger motorischer und sensibler Lähmung (inklusive Muskelsinn) in Folge von zu lange fortgesetzter berufsmäßiger Überanstrengung der betreffenden oberen Extremität, das eine Mal durch Schwingen des Hammers bei einem anämischen neuropathischen Schmied, das andere Mal durch übermäßiges Klavierspiel bei einem erblich belasteten Mädchen. Der Charakter dieser funktionellen Halblähmung war derselbe wie beim traumatischen Shock und bei der hypnotischen Suggestion.

Tuczek (Marburg).

24. Beevor. A case of almost complete anaesthesia with ataxia of the limbs.

(Brain 1888. April.)

Bei einem 17jährigen Mädchen, das sich von den 2 Jahre vorher überstandenen Masern nicht wieder ganz erholt hatte, entwickelte sich allmählich eine Anästhesie des größten Theils der Körperoberfläche, welche 7 Jahre später folgende Lokalisation zeigte: beinahe vollständige rechtsseitige Hemianästhesie (und Analgesie) des Rumpfes und der Extremitäten; beträchtliche Anästhesie der linksseitigen Extremitäten, zum Theil auch des Rumpfes. Verlust des Muskelsinnes besonders in den Armen, aber auch in den Beinen; Ataxie, Verlust des Gefühls für Lage und Lageveränderung der Glieder und des Kraftsinnes; mäßige motorische Schwäche der Oberextremitäten. Keine hysterischen Erscheinungen.

Tuczek (Marburg).

25. **Handford. Peripheral Neuritis in enteric fever.**

(Brain 1888. Juli.)

Drei Fälle exquisiter peripherischer Ulnarisaffektion im Verlauf schwerer Typhen: Parästhesien und Anästhesien, motorische Lähmung mit Entartungsreaktion, Muskelatrophie und charakteristischer Fingerstellung im Ulnarisgebiet; auch trophische Störungen der Haut fehlten nicht. In der Ätiologie waren mechanische Momente in 2 Fällen nicht auszuschließen. Die Affektion setzte gegen Ende der Fieberperiode oder schon in der Rekonvalescenz ein und ging nur sehr langsam, nach Monaten oder selbst erst nach Jahr und Tag, in Besserung über.

Tuczek (Marburg).

26. **F. Ziehl. Ein Fall von isolirter Lähmung des ganzen dritten Trigeminusastes nebst einigen Bemerkungen über den Verlauf der Geschmacksfasern der Chorda tympani und die Innervation des Geschmackes überhaupt.**

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 1. p. 52.)

Angeblich nach einer Erkältung entwickeln sich bei einem Eisenbahnbeamten folgende Erscheinungen: Totale Anästhesie an der linken Hälfte des Kinnes und der unteren Lippe, an der linken Hälfte der Zunge, am linksseitigen unteren Zahnfleisch und an den entsprechenden Zähnen, am Boden der Mundhöhle links, an der inneren Fläche der linken Backe. Fünfmarkstückgroße anästhetische Partie in der Gegend des linken Kiefergelenkes, Anästhesie des Tragus und der vorderen Hälfte des äußeren Gehörganges, schmaler anästhetischer Hautstreifen vom linken Kiefergelenk zum Mundwinkel ziehend. Mm. masseter und temp. sinist. gelähmt und atrophisch, eben so die Mm. Pterygoidei. Auf den vorderen zwei Dritteln der linken Zungenhälfte fehlt jede Geschmacksempfindung. Im linken Ohr zuweilen Geräusche. Abgesehen von einer starken, schon seit 8 Jahren vorhandenen Erweiterung der linken Pupille keine abnormen Erscheinungen im Gebiete der anderen Hirnnerven. Allmähliches und schließlich völliges Zurückgehen dieser Symptome nach elektrischer Behandlung. Der gesammte Symptomenkomplex mit Ausnahme des Ohrgeräusches und der rechtsseitigen Mydriasis entspricht völlig einer Lähmung des 3. Astes des V. und zwar kann dieser Nerv bei dem Fehlen anderer Symptome nur in der kurzen Strecke zwischen Ganglion Gasseri und For. ovale, wo er ungetrennt verläuft, afficirt gewesen sein. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Z. ausführlich die verschiedenen Anschauungen über den Verlauf der Geschmacksfasern und stellt zum Schluss folgende Sätze auf: 1) Der Geschmacksnerv für die vorderen zwei Drittel der Zunge ist der Lingualis. 2) Die weitere Bahn ist folgende: Chorda tympani, Facialis bis in die Gegend des Gangl. geniculi, Petros. superficialis minor oder Plexus tympanicus, Ganglion oticum, zurück zum 3. Quintusast. (Der Weg vom Gangl. genicul. bis zum Gangl. otic. ist hypothetisch.) 3) Andere Wege, z. B. Übertritt in den 2. Ast, nicht sicher erwiesen. 4) Das Verhalten der Geschmacksempfindungen in den vorderen zwei Dritteln der Zunge lässt unter gewissen Umständen auf einen Herd im 3. Quintusast innerhalb oder außerhalb der Schädelhöhle schließen. 5) Für den hinteren Abschnitt der Zunge ist der Glossopharyngeus Geschmacksnerv. 6) Sensibler Nerv für die ganze Zunge ist der Lingualis.

Dass die Geschmacksfasern für die vorderen zwei Drittel der Zunge schließlich in den 3. Ast des V. einmünden können, wird durch einen Fall von Romberg welchen Z. citirt, bewiesen; der Fall Z.'s legt diesen Verlauf sehr nahe, kann aber ohne Sektionsergebnis nicht als absolut sicher angesehen werden, namentlich da wir nicht wissen, ob nicht doch vielleicht das mit den anderen Symptomen entstandene Ohrgeräusch der Ausdruck einer vorübergehenden Erkrankung des Mittelohres, welche die Chorda in Mitleidenschaft zog, anzusehen ist.

A. Cramer (Eberswalde).

27. Hoppe-Seyler. Zwei Fälle von Sklerodermie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. p. 581.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Sklerodermie, welche er bei 2 Individuen, die aus demselben Orte stammten, beobachtete. Beide Individuen waren oft mit einander in Berührung gekommen und unter ähnlichen Verhältnissen aufgewachsen. Da hier der Gedanke einer infektiösen Grundlage für die Krankheit nahe lag, untersuchte H.-S. bei der einen Kranken eine der circumscripten Hautveränderungen am Unterschenkel auf die Anwesenheit von Mikroorganismen. Weder mikroskopisch, noch durch das Kulturverfahren ließen sich Bakterien nachweisen. Verf. hält es für sehr wünschenswerth, dass weitere Fälle, vor Allem aber frische Erkrankungen, bakteriologisch untersucht würden, da der Verdacht einer infektiösen Basis der Erkrankung nahe liege. **Peiper** (Greifswald).

Bücher-Anzeigen.

28. Sollier. Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.

Paris, **Lecrosnier et Babé,** 1889.

Die Untersuchung S.'s beruht auf der Durchforschung von 350 Familien, von denen er ein Glied auf der Abtheilung Bourneville's in Bicêtre beobachten konnte; er betrachtet die Heredität des Alkoholismus, in so weit als sich in der Ascendens von Alkoholisten, sei es wieder Alkoholismus, seien es neuropathische oder psychopathische Zustände anderer Art nachweisen lassen. Die vielfach untersuchte Degeneration der Descendens von Alkoholisten, so weit sie sich in anderweitigen nervösen Störungen zeigt, bildet dagegen kein wesentliches Objekt seiner Studien. In jenen 350 Familien ließ sich 209mal, also in beinahe 60%, eine hereditäre Ursache des Alkoholismus nicht nachweisen, in den anderen 141 Fällen war dies dagegen der Fall, und zwar zeigte sich die Erblichkeit 106mal als »Hérédité similaire«, es war Alkoholismus als solcher in der Ascendens nachzuweisen, 35mal als »Hérédité dissemblable«; es bestanden dort andere nervöse Störungen, überwiegend psychischer Natur. In der großen Mehrzahl der Fälle, 93mal, beschränkte sich die erbliche Übertragung auf 2 Generationen, 10mal auf 3, 3mal auf 4. In sehr seltenen Fällen machte die Vererbung, nachdem sie in 2 Generationen direkt gewesen war, weiterhin einen Sprung in einen anderen Zweig derselben Familie. Nach Lage der Dinge hält S. die für die Vererbung gewonnenen Procentzahlen für Minimalzahlen und glaubt, dass eher noch höhere Zahlen anzunehmen sind.

Zwischen Dypsomanie und chronischem Alkoholismus nimmt S. keinen principiellen, sondern nur einen graduellen Unterschied an; der Impuls ist im letzteren Falle stärker und führt daher zu dauernder Intoxikation. Die Dypsomanie beruht stets, wie wir wissen, auf Vererbung, aber nicht jeder Alkoholismus im engeren Sinne ist erworbener Natur, auch der vererbte Alkoholismus kann sich in chronischer andauernder Vergiftung äußern.

Obwohl die Grundlagen für ein solches Urtheil noch nicht ganz sicher vorliegen, glaubt S. doch schließen zu können, dass die erblichen Alkoholisten mehr Neigung haben, vom Delirium tremens ergriffen zu werden, als die übrigen.

Ein letztes Kapitel beschäftigt sich mit den Gelegenheitsursachen, die beim erblich disponirten Individuum den Alkoholismus zum Ausbruch bringen: Verletzungen, ungünstige sociale Verhältnisse u. A., deren Bedeutung aber gegenüber der erblichen Veranlagung er nur für sehr gering hält.

Strassmann (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. Sonnabend, den 30. November. 1889.

Diphtherie und Krup.

Von

Dr. F. Goldschmidt in Nürnberg.

Über die Stellung, welche der Krup gegenüber der Diphtherie einnimmt, besonders über die Bedeutung und Berechtigung eines sog. idiopathischen Krups ist, seitdem man diese Krankheiten überhaupt kennt, so viel geschrieben und gesagt worden, dass man sich wundern muss, dass trotzdem unter den Ärzten noch so große Verwirrung und Meinungsverschiedenheit herrscht. Und wenn es auch als ein Wagnis meinerseits erscheinen mag, zu dieser Frage, ob der Krup eine selbständige und von der Diphtherie unabhängige Krankheitsform darstelle, Stellung zu nehmen, so thue ich es doch selbst auf die Gefahr hin, nichts wesentlich Neues in dieser Frage beibringen zu können, hauptsächlich desshalb, weil eine vortreffliche Arbeit von Henoch[1]

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 44.

aus der allerjüngsten Zeit diese Frage wieder auf die Tagesordnung gesetzt hat.

Zwei Punkte dieser Arbeit sind es hauptsächlich, die uns hier interessiren und die mich veranlassen, meine Ansicht in dieser Frage zu äußern, eine Ansicht, die ich mir auf Grund der Beobachtung einer großen Anzahl von Diphtherie- und Krupfällen im hiesigen unter Leitung des Herrn Hofrath Cnopf stehenden Kinderspitale gebildet habe. Henoch tritt zunächst, wie schon früher zu wiederholten Malen mit aller Entschiedenheit für die Existenz eines wahren entzündlichen Krup ein, der mit der Diphtherie nichts zu thun habe. Er giebt gern zu, dass dieser in unserer Zeit seltener geworden sei und hinter der enormen Häufigkeit des diphtheritischen Krup zurücktrete, aber dass er noch immer vorkomme, unterliege keinem Zweifel. Diese Ansicht, mit welcher sich Henoch auch heute noch in Widerspruch mit vielen Ärzten befindet, stützt er neuerdings durch seine Resultate mit der Tracheotomie; während er nämlich in 70 Fällen von Diphtherie des Pharynx und des Larynx nur 9 Fälle, d. i. also 13%, genesen sah, erzielte er bei 36 Fällen von idiopathischem Krup in 24 Fällen, d. i. 60%, durch den Luftröhrenschnitt Genesung. Er glaubt, dass in dieser seiner strengen Trennung von diphtheritischem und idiopathischem Krup der Hauptgrund für das anscheinend so schlechte Resultat seiner Tracheotomiestatistik bei Diphtherie zu suchen sei und dass die günstigen Resultate, die andere Statistiker hierbei verzeichnen, sicherlich zum größten Theil auf die Vermengung dieser beiden Krankheitsformen zurückzuführen seien.

Wenn ich nach dieser Hinsicht die Ergebnisse der Tracheotomie im hiesigen Kinderspitale überblicke, so muss ich dieser Auffassung Henoch's voll und ganz beipflichten. Wir haben hier zwar im Allgemeinen nur verhältnismäßig sehr wenige Fälle von reinem Larynxkrup, der uns wenigstens klinisch als solcher imponirt, wenn wir auch anatomisch denselben anders auffassen als dies Henoch thut, aber auch hier wird ganz zweifellos die Statistik nicht unwesentlich beeinflusst von der größeren oder geringeren Anzahl solcher sog. reiner Krupfälle, während der Diphtherieepidemie und das überraschend günstige Resultat der Tracheotomie im Jahre 1887, in welchem wir bei 39 Tracheotomien bei 15 = 38,5% Genesung hatten, muss meiner Überzeugung nach zum Theil wenigstens auf das in diesem Jahre gehäufte Vorkommen scheinbar reiner Krupfälle zurückgeführt werden, während im vergangenen Jahre 1888 solche Fälle seltener und damit bei gleichbleibendem Operationsverfahren und gleicher Nachbehandlung von 39 Tracheotomirten nur 12 = 30,76% gerettet wurden und in diesem Jahre das Verhältnis sich noch ungünstiger zu gestalten droht.

Dagegen bin ich in der Beurtheilung und Deutung dieser günstigen Beeinflussung der Tracheotomiestatistik abweichender Anschauung. Wenn ich auch die Existenz einer reinen krupösen Entzündung des Larynx oder eines wahren entzündlichen Krups anzuerkennen

nicht im entferntesten Anstand nehme, so glaube ich doch, dass die im Verlaufe einer Diphtherieepidemie auftretenden Fälle von scheinbarem idiopathischen Krup in weitaus der größten Mehrzahl zweifellos auf Diphtherie beruhen und ich möchte desshalb an der ätiologischen und anatomischen Zusammengehörigkeit dieser Fälle mit jenen durch gleichzeitig bestehende Pharynxaffektion komplicirten Fällen festhalten. Manche gewichtige Thatsache spricht dafür, dass diese beiden Krankheiten, idiopathischer Krup und diphtheritischer Krup nur Abarten einer und derselben Krankheit sind, die durch eine verschiedene Virulenz des ihnen zu Grunde liegenden Mikroorganismus vielleicht bedingt werden. Wie oft glaubt man am Krankenbette einen reinen entzündlichen Krup vor sich zu haben, man findet im Pharynx bei der gewöhnlichen Inspektion absolut nichts Krankhaftes, keine Schwellung und keine Röthung, geschweige denn einen Belag und ist dann auf das höchste überrascht, wenn man bei der Sektion an Stellen, die der Okularinspektion nicht zugänglich sind, so an der Hinterfläche des Gaumensegels oder in kleinsten Buchten der Tonsillen kleine diphtheritische Beläge neben den membranösen Auflagerungen im Larynx und in der Trachea findet. Freilich wird es in letzter Linie noch exakter bakteriologischer Untersuchungen bedürfen, um durch den Nachweis des Diphtheriekontagiums in diesen Membranen endgültig deren diphtheritischen Charakter darzuthun. Für die obige Auffassung spricht ferner die von jedem Arzt sicher wiederholt gemachte Beobachtung, dass in Familien ein Kind zuerst an einer echten Rachendiphtherie oder an einer Ang. lacunar. erkrankt und dann plötzlich nach wenigen Tagen ein zweites sofort, ohne vorausgegangene nachweisbare Rachenaffektion an Krup des Larynx oder der Trachea erkrankt, der dann doch wohl zweifellos als diphtheritischer anerkannt zu werden verdient. Darin aber muss man Henoch vollständig beipflichten, dass diese Fälle von scheinbarem idiopathischem Krup der Tracheotomie viel günstigere Chancen bieten als die durch Rachendiphtherie komplicirten und ich möchte dies auf den gutartigen Charakter der Infektion in den ersteren Fällen überhaupt zurückführen. Gerade so wie die diphtheritische Affektion im Pharynx vielleicht vorhanden und leicht, ohne schwerere Erscheinungen gemacht zu haben, abgeheilt war, gerade so kann dieser gutartige Charakter im Larynx und der Trachea, wenn auch die Tracheotomie nothwendig wurde, beibehalten werden und so die Chancen für die Heilung durch diese sich günstiger gestalten. Dessgleichen kann auch bei primärer Lokalisation im Larynx der ganze Verlauf, Dank einer leichteren Infektion, günstig beeinflusst werden und, obschon die Tracheotomie nicht zu umgehen war, der Ausgang doch jeweils ein relativ günstigerer sein als in den Fällen, die durch Rachendiphtherie komplicirt sind. Dafür, dass diese Fälle auf einer leichteren Infektion beruhen, spricht auch die Beobachtung, die man wiederholt zu machen Gelegenheit hat, dass nämlich in diesen schwerere Komplikationen, wie Pneu-

monie, Nephritis und besonders Diphtherie oder Gangrän der Tracheotomiewunde viel seltener beobachtet werden, als in den anderen Fällen, während andererseits der diphtheritische Charakter jener sich auch darin erweist, dass postdiphtheritische Lähmungen bei diesen Fällen von scheinbarem reinen entzündlichen Krup gleichfalls vorkommen.

Wiederholt muss betont werden, dass die Möglichkeit des Vorkommens von sog. idiopathischem Krup nicht bestritten werden soll, doch sind die Mehrzahl dieser Fälle zweifellos durch diphtheritische Infektion bedingt und diese bieten, weil sie eine mildere Form derselben repräsentiren, der Tracheotomie die günstigsten Chancen.

---

1. **Schultze** (Bonn). Über die Folgen der Wegnahme der Schilddrüse beim Hunde.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 8.)

Durch Untersuchung an Hunden, denen die Schilddrüsse total exstirpirt war, ergab es sich, dass die nach dem Eingriffe eintretenden Krampfzustände mit der nach Kropfexstirpation erzeugten menschlichen Tetanie in so fern gewisse Ähnlichkeit aufwiesen, als bei beiden Steigerung der elektrischen Erregbarkeit vorhanden ist. Indess existiren bezüglich der mechanischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, bezüglich des Trousseau'schen Phänomens, das eben bei Hunden nicht zu erhalten ist, bezüglich der Reflexerregbarkeit der Sehnen, welche bei Hunden keine wesentliche Veränderung zeigt, bezüglich des Charakters der Krämpfe solche Unterschiede, dass man beide Krankheitsbilder nicht mit einander identificiren kann.

Was den Charakter der Krämpfe bei den Hunden betrifft, von denen einer $2^1/_2$ Monate, ein zweiter sogar 4 Monate nach der Operation am Leben gelassen wurde, so handelte es sich stets um überwiegend klonische Zuckungen, welche an den verschiedensten Abschnitten der Rumpf-, Kopf- und Extremitätenmuskulatur auftraten und keineswegs das Ulnargebiet bevorzugten, wie es bei der menschlichen Tetanie der Fall ist; im Gegentheil waren die Extensoren der Vorderfüße besonders stark getroffen. Die Respirationsmuskeln wurden häufig ergriffen; nicht selten trat Opisthotonus auf. Die Augenmuskeln blieben frei. Sehr auffallend waren die ausgebreiteten und starken fibrillären Muskelzuckungen, welche sehr frühzeitig nach der Operation erschienen und im Falle der Heilung erst zuletzt verschwanden.

Die Entstehung der Krämpfe und fibrillären Zuckungen lässt sich bisher noch nicht erklären. **J. Ruhemann** (Berlin).

---

2. **G. Gaglio.** Esperimenti sull' innervazione dell' cuore.

(Bollett. delle sc. med. 1889. Mai.)

G. beschreibt als Effekt einer länger anhaltenden elektrischen Reizung des Sinus am Froschherzen zunächst einen $^1/_2$—1 Minute

dauernden diastolischen Stillstand, worauf das Herz, immer noch während der Reizung, zuerst langsam, dann frequenter wieder schlägt aber nie rascher als vor der Reizung; wird nunmehr die Reizung abgebrochen, so tritt sofort nach dem Aufhören der Reizung ein zweiter diastolischer Stillstand ein, welcher durchschnittlich die gleiche Dauer wie der primäre Stillstand hat.

Diese ganze Erscheinung tritt am atropinisirten Herzen nicht auf, folglich kann der zweite Stillstand nicht von einer Überreizung und Lähmung der motorischen Herzganglien, sondern nur von einer Nachwirkung der Hemmungsnerven abhängen. Der ganze Vorgang ist nach G. so zu erklären, dass bei der Reizung beschleunigende und hemmende Fasern gleichzeitig gereizt und nur anfänglich die hemmenden Fasern das Übergewicht haben, bei fortdauernder Reizung bekommen offenbar in Folge leichter Ermüdung der Hemmungsapparate die accelerirenden Fasern das Übergewicht, so dass die Pulse wieder einsetzen; nach dem Aufhören der Reizung schwindet die Erregung in den accelerirenden Fasern alsbald, während die Hemmungsapparate eine die Reizung beträchtlich überdauernde Nachwirkung erfahren, als deren Ausdruck der zweite diastolische Stillstand anzusehen ist.

Bei Asphyxie wird durch den Reiz der Kohlensäure auf die Vagusapparate am normalen Thier Verlangsamung der Herzschläge bewirkt; dass aber gleichzeitig auch die beschleunigenden Fasern durch die Kohlensäure gereizt werden, lässt sich erst nach Lähmung der Hemmungsfasern mittels Atropin erkennen, so dass alsdann im letzten Stadium der Asphyxie äußerst frequente Pulse auftreten.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

3. **E. Stadelmann.** Untersuchungen über den Fermentgehalt der Sputa.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

Seitdem Traube auf das Fehlen der elastischen Fasern im Sputum bei Lungengangrän aufmerksam gemacht und dasselbe als ein für diese Erkrankung typisches Symptom hingestellt hat, ist die Frage nach der Ursache dieses Verhaltens aufgeworfen und mehrfach diskutirt worden. Durch spätere Untersuchungen wurde zunächst festgestellt, dass sich beim Lungenbrand wohl elastische Fasern vorfinden können, aber in einem Zustand, welche bereits begonnene Verdauung derselben erkennen lässt. Ob das Ferment, welches hierfür verantwortlich gemacht werden muss, ein geformtes — Bakterienwirkung — oder ein ungeformtes — Enzym — sei, ist nach den bisherigen Untersuchungen noch strittig gewesen. Der Lösung dieser Frage ist Verf. durch eine Reihe Experimente näher getreten. Zunächst stellte er durch einige einleitende Versuche die Wirkung der Sputa auf Fibrin und elastisches Gewebe fest, wozu er sowohl gangränösen als phthisischen Auswurf verwandte. Es zeigte sich, dass das gangränöse Sputum eine stark tryptische Wirkung

habe, das phthisische in nur geringerem, jedoch mit zunehmender Fäulnis sich steigerndem Maße. Die Wirkung entfaltete sich in gleicher Weise gegen Fibrin wie gegen elastisches Gewebe (Lig. nuchae). Die Fermentwirkung ist eine tryptische, d. h. an alkalische Lösung gebundene, in saurer bleibt schon die Wirkung auf rohes Fibrin aus. Es wird dabei Pepton, Leucin, Tyrosin und ein eigenthümlicher mit Bromwasser sich roth-violett färbender Körper aus dem Fibrin gebildet. Das Ferment war durch Kochen zerstörbar. Alle Maßregeln, welche geeignet waren, die Wirksamkeit der vorhandenen Mikroorganismen zu schädigen (Thymolzusatz etc.), hinderten anscheinend die fermentative Wirkung vollständig. Um der hierbei noch nicht erledigten Frage, ob die ganze Wirkung einem Enzym oder den Fäulnisbakterien zuzuschreiben sei, beizukommen, suchte S. die Bakterienwirkung durch geeignete Maßnahmen auszuschließen, wobei es ihm in den meisten Fällen gelang, das Fibrin unversehrt zu erhalten. Wäre tryptisches ungeformtes Ferment vorhanden, so dürfte trotz der Desinfektion und Vermeidung von Verunreinigungen die Wirkung nicht ausbleiben. S. glaubt daraus schließen zu können, dass die tryptische Wirkung allein den Mikroorganismen zuzuschreiben ist. Der Unterschied zwischen gangränösem und phthisischem Sputum ist nach dieser Richtung hin nur ein gradueller, in so fern das letztere, besonders nach längerem Stehen, dem ersten völlig gleichkommen kann. In Bezug auf die Einzelheiten der Experimente sei auf das Original verwiesen.

Honigmann (Gießen).

---

4. Leube. Beitrag zur Lehre vom Urobilinikterus.

(Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1888.)

Die Frage, ob außer dem gewöhnlichen Ikterus, bei welchem die Gelbfärbung der Haut und des Urins durch Bilirubin bedingt ist, auch eine andere Art von Ikterus vorkommt, bei welchem die Gelbfärbung der Haut durch Urobilin bewirkt wird und der Urin größere Mengen Urobilin, aber kein Bilirubin enthält, ist immer noch Gegenstand der Kontroverse. Während französische Forscher die Existenz einer besonderen Ikterusform ohne Abscheidung von Gallenfarbstoff im Urin, den Ictère hemaphéique, aufstellten und betonten, dass in solchen Fällen die Haut weniger intensiv gelb gefärbt sei und im Harn Hemaphéin an Stelle des Bilirubins ausgeschieden werde, hat Gerhardt das Urobilin als denjenigen Stoff bezeichnet, welcher diese Abart der Gelbsucht veranlasse. Das Urobilin soll namentlich dann zur Gelbsucht führen und in größerer Menge im Urin zur Ausscheidung kommen, wenn Blutfarbstoff extravasirt und in Urobilin umgewandelt wird.

Schon Quincke hat die Existenz dieses Urobilinikterus angezweifelt und ihn für einen geringgradigen Gallenikterus erklärt.

L. versuchte bei einer Pat. mit langandauernder sehr starker Gelbfärbung der Haut und der Conjunctiven und vollständigem Fehlen

des Gallenfarbstoffes im Harn, den Nachweis zu liefern, dass der die Haut so gelb färbende Farbstoff wirklich Urobilin sei. Diesen Versuch — subkutane Injektion von 0,02 Pilokarpin und Untersuchung des Schweißes — ergab, dass im Schweiße keine Spur von Urobilin, dagegen sehr deutlich Bilirubin nachweisbar war, während die Gmelin'sche Probe bei Prüfung des Urins immer negativ ausgefallen war; dagegen gab der Harn stets deutlich die durch das Urobilin bedingte grüne Fluorescenz bei Zusatz von Chlorzink und Ammoniak.

L. nimmt an, dass in solchen Fällen das Bilirubin in der Leber gebildet, resorbirt und in der Haut abgesetzt, die Gelbfärbung derselben bedingt, in der Niere aber vollkommen zu Hydrobilirubin reducirt wird, und als Urobilin zur Ausscheidung gelangt.

M. Cohn (Berlin).

---

5. **M. Alivia.** Il valore dell' ittero nel decorso della pneumonia cruposa.

(Gazz. degli ospitali 1889. No. 53—58.)

A. unterscheidet drei klinische Bilder der mit Ikterus einhergehenden Pneumonie, welche im einzelnen Falle allerdings nicht immer rein hervortreten, sondern sich kombiniren können:

1) Pneumonie mit Ikterus, der die Folge venöser Stauung in der Leber ist: wenig hervortretende Gelbfärbung der Haut und Lidbindehaut; mehr oder weniger ausgesprochene Cyanose; geringe Temperatursteigerung; Dilatation des rechten Ventrikels; schwache Herztöne, frequenter, leerer, leicht unterdrückbarer Puls; Koth gefärbt; Lebervolum beträchtlich vergrößert; Druck auf die Leber schmerzhaft.

2) Pneumonie mit Ikterus, der die Folge von Gallenstauung ist: hervortretende Gelbfärbung, welche einige Tage nach Beginn der Pneumonie sich einstellt; höherer Fiebergrad, der indess unter dem Temperaturmaximum der einfachen Pneumonie bleibt; keine Symptome seitens des Herzens außer einer verminderten Schlagfolge; starke Herztöne, langsamer, seltener, großer Puls; Vergrößerung und mäßige Druckempfindlichkeit der Leber; ausgesprochene Magendarmstörungen. Bei Eintritt eines Collapses beträchtliches Absinken der Temperatur; Beschleunigung der Herzthätigkeit, Schwächerwerden der Herztöne und des Pulses; mäßig gefärbter Stuhlgang.

3) Pneumonie mit Ikterus, der die Folge einer Allgemeininfektion ist: hohe Fieberbewegungen; leicht unterdrückbarer, sehr frequenter, mitunter regelloser Puls vom Anfang bis zum Ende der Krankheit; Ikterus in Form einer leichten Verfärbung der Haut und Conjunctiva während der ganzen Krankheitsdauer; Zunge trocken, borkig; Delirien und Sopor; Störungen im Verdauungskanal, flüssige gefärbte Stuhlentleerungen; keine Vergrößerung des Lebervolums; keine oder nur unerhebliche Erweiterung des rechten Herzens.

Der Urin ist in den verschiedenen Formen der Pneumonia cum

Ictero von charakteristischer Beschaffenheit, wofern jene rein auftreten. Hier eine Synopsis seiner Eigenschaften:

Pneumonie:

	mit venöser Stauung in der Leber	mit Gallenstauung	mit Allgemein-infektion
Menge	spärlich	normal oder vermehrt	spärlich
specifische Schwere	1014—1018	1020—1026	1020—1024
Aussehen	trübe mit spärlichem Bodensatz	klar mit Bodensatz	klar mit Bodensatz
Farbe	gelb	braungelb	gelb
Reaktion	sauer	stark sauer	sauer oder neutral
Eiweiß	viel	spurweise oder keines	viel
Harnstoff	8—11‰	20—30‰	18—20‰
Harnsäure	spärlich	reichlich	spärlich
gesammte Phosphorsäure	»	»	»
Chloride	»	vermehrt oder normal	»
Sulphate	normal oder vermindert	normal	vermehrt
Erdphosphate	spärlich	»	abnehmend
feste Bestandtheile	30 g	»	50 g
Gallenfarbstoff	spärlich	reichlich	spärlich
Gallensäuren	spärlich oder fehlend	in nachweislicher Menge	meist fehlend
Sediment	Leukocyten, hyaline Cylinder, spärliche Epithelien und Epithelialcylinder, Fetttröpfchen, Schleim	Leukocyten, rothe Blutkörperchen, Pigmentkörner, spärliche Epithelien und Cylinder	Schleim, Urate, phosphorsaure Ammoniak-Magnesia. Blutzellen, Epithelien und Detritus.

G. Sticker (Köln).

---

6. **White** (London). Zur Pathologie des Morbus Basedowii.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 24. p. 374, sowie Brit. med. journ. 1889. März 30.)

Die Theorie, dass der Morbus Basedowii in einer Störung des Halstheiles des Sympathicus beruhe, hat große Einbuße erlitten, da in vielen Fällen solcher Erkrankung der Sympathicus intakt erschien und in andersartigen Krankheiten der Halstheil dieses Nerven verändert war, ohne dass die obigen Symptome vorhanden schienen. W. wendet sich gegen die vor mehreren Jahren aufgestellte Ansicht von Möbius, wonach die Störungen bei der Basedow'schen Erkrankung in enger Beziehung zum Myxödem ständen und beide Erkrankungen durch chemische Veränderungen in Folge einer Störung der Schilddrüse veranlasst seien. W. ist mit vielen Anderen mehr der Ansicht, dass der Morbus Basedowii eine Erkrankung in dem Centralnervensystem darstelle. Seine klinische Erfahrung lehrt ihn, wie häufig diese Störung mit Affektionen des Nervensystems zusammen vorkomme. Die Veränderungen im Gehirn vermuthet W. am Boden des 4. Ventrikels; er hatte Gelegenheit, eine 31jährige Pat. zu seciren, welche an ausgesprochenem Morbus·Basedowii litt und

an Pneumonia zu Grunde ging. Wie lange die Erkrankung bestanden hatte, ließ sich nicht genau nachweisen, doch war die Schilddrüsenanschwellung schon vor 12 Jahren notirt worden. Bei der Sektion fand sich der Halssympathicus vollkommen normal, auch das Rückenmark unverändert bis auf einige sehr kleine, frische Hämorrhagien. Im Gehirn fanden sich in den Schnitten deutliche Zeichen von Entzündung in gleicher Höhe mit dem unteren Theile des Olivenkernes, gerade unter der hinteren Oberfläche der Medulla: deutlich traten kleine Blutaustritte in den Scheiden der Gefäße und eine Anzahl von Wanderzellen im hinteren, medianen Kern auf beiden Seiten auf; in der Nachbarschaft des Kerns des 6. Gehirnnerven waren deutliche Veränderungen. Unmittelbar unter der hinteren Oberfläche der Medulla von der Mittellinie so weit nach außen als die Corpora restiformia reichen, zeigten sich zahlreiche Hämorrhagien, welche nicht alt waren. Hieraus folgert W., dass die Ansicht über den Sitz der Basedow'schen Erkrankung in gewissen Theilen des Bodens des 4. Ventrikels wahrscheinlich richtig sei, weil, wenn auch die Blutungen frisch waren, sie doch das Zeichen sind, dass schon lange Gefäßalterationen mit ihren Schädigungen vorhanden sein mussten.

Prior (Köln).

Kasuistische Mittheilungen.

7. **Cohen.** Zur Kasuistik der Mediastinaltumoren.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

Bei einer jungen, 23jährigen Frau hatte sich im vorderen Mediastinalraum ein Neoplasma entwickelt, welches während des Lebens eine Reihe eigenthümlicher Erscheinungen hervorrief, und dadurch zu verschiedenartigen Deutungen des Processes Anlass gab. Pat. erkrankte mit Husten und Fieber; bei einer vom Verf. später vorgenommenen Untersuchung zeigte sich der Spitzenstoß etwas nach innen von der Brustwarze gelegen; sodann eine an die Herzdämpfung sich anschließende ausgedehnte sicht- und fühlbare Pulsation der Brustwand. Dazu traten später Zeichen von Pericarditis. Am oberen Rande der Dämpfung war inspiratorischer Schallwechsel vorhanden. Pulsation und Dämpfung bildeten sich im weiteren Verlauf etwas zurück; es traten dann neuralgische Schmerzen im linken Arm und der linken Seite auf. Später wieder Zunahme der Dämpfung und Verschwinden des inspiratorischen Schallwechsels, kein Athmungsgeräusch bis zur Clavicula. Weiterhin traten dann Drüsenschwellung über der Clavicula und am vorderen Rande des Cucullaris auf, welche die bis dahin zwischen Exsudat und Neoplasma schwankende Diagnose zu Gunsten des letzteren sicherten. Außer Anschwellung der Venen auf dem Manubrium sterni waren keine Stauungserscheinungen vorhanden; Herztöne rein. Nach innen von der rechten Brustwarze eine der auf der linken Seite vorhandenen analoge Erschütterung der Brustwand. Später Parese und Paralyse der Beine mit spastischen Kontrakturen, erhöhtem Patellarreflex und Fußklonus, schließlich Detrusorlähmung und Decubitus. Tod nach 2 Jahren.

Bei der Sektion zeigte sich das Herz ganz auf die Spitze gestellt und diese hinter dem Sternum gelegen; beide Ventrikel symmetrisch nach rechts und links vom Sternum; das Herz wird von oben und links von einem weißen, harten Tumor (Fibrosarkom) umklammert, die Lunge ist nach außen und hinten verdrängt und mit weicheren Knoten durchsetzt; das Herz selbst normal, nur beide Pericardblätter fest mit einander verwachsen. Die sämmtlichen Organe des Mediastinums waren von der Geschwulstmasse umwachsen. Im Wirbelkanal in der Höhe des 6. bis

7. Wirbels fand sich ein analoger kleinerer weicher Tumor und Erweichung des Rückenmarkes. **Markwald** (Gießen).

8. W. Lindt. Ein Fall von primärer Lungenspitzenaktinomykose.
(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. Mai 1.)

L. berichtet über einen Fall von primärer Lungenspitzenaktinomykose, welcher auf der Lichtheim'schen Klinik beobachtet wurde. Der Fall betrifft eine Frau, welche schon mehrere Jahre an einem Bronchialkatarrh litt, der nach einer heftigen Erkältung sich derart verschlimmerte, dass Pat. sich zu Bett legen musste. Es gesellten sich intensive Schmerzen im oberen Theil des Rückens, in den Schultern, Armen, wie auch Fieber hinzu. Bald traten auch eine Abnahme in der Kraft der Arme, Tremor und Spannungsgefühl im Nacken ein. Die Untersuchung ergab eine beiderseitig deutlich ausgesprochene Spitzeninfiltration, wie die Annahme eines Senkungsabscesses an der Halswirbelsäule; im Sputum keine Tuberkelbacillen. Der Abscess musste schließlich incidirt werden. Es entleerte sich eine geringe Menge Eiter, der sehr wenige corpusculäre Elemente enthielt. Der Abscess erwies sich als von der Muskulatur ausgehend. Beim Verbandwechsel wurden im Eiter kleine hellgelbe, kaum stecknadelkopfgroße Körner entdeckt, welche sich mikroskopisch als charakteristische strahlige Gebilde des Aktinomycespilzes herausstellten. Die Untersuchung des Sputums ergab ebenfalls die Anwesenheit dieser Gebilde. Pat. verstarb nach 4 Monaten, nachdem noch weitere Abscesse von derselben Beschaffenheit gespalten worden waren. Die Autopsie ergab, dass die intra vitam gestellte Diagnose auf primäre Lungenspitzenaktinomykose völlig gerechtfertigt war. **Peiper** (Greifswald).

9. A. Rovighi. La mortalità per tifo e pneumonite nell' ospedale di Modena dal 1850 al 1889.
Modena, 1889.

Das Ergebnis aus einer ausführlichen tabellarischen Zusammenstellung der Sterbeziffern beim Typhus und bei der Pneumonie, welche Verf. in einem Zeitraum von nahezu 40 Jahren aus einem Material von 1460 Typhusfällen und 1486 Pneumoniefällen sammelt, ist übersichtlich folgendes:

Typhus abdominalis.

	Jahreszahl	Krankheitsfälle	Sterblichkeitsziffer
Krankenhaus und medicinische Klinik	1850—1860	329	26,74%
desgl.	1860—1870	350	24,00%
Krankenhaus	1870—1880	267	18,42%
desgl.	1880—1889	113	10,61%
medicinische Klinik	1871—1889	61	13,10%
Militärlazarett	1868—1878	175	3,42%
desgl.	1878—1888	165	3,63%

Pneumonie:

	Jahreszahl	Krankheitsfälle	Sterblichkeitsziffer
Krankenhaus und medicinische Klinik	1850—1860	158	29,74%
desgl.	1860—1870	173	38,72%
Krankenhaus	1870—1880	279	26,84%
desgl.	1880—1889	166	27,77%
medicinische Klinik	1872—1889	178	15,16%
Militärlazarett	1868—1878	235	7,65%
desgl.	1878—1888	297	6,56%

Es ergiebt sich daraus eine unzweifelhafte Abnahme der Sterblichkeit beim Typhus und bei der Pneumonie im jüngsten Decennium der letzten 40 Jahre.

Diese Abnahme ist bei den Typhuskranken beträchtlicher als bei den Pneumoniekranken. So sinkt die Sterblichkeitsziffer beim Typhus im Krankenhaus von 26% im ersten Decennium auf 10% im letzten, während sie bei der Pneumonie im gleichen Zeitraum von 29% und 38,72% nur auf 27% fällt.

Die Gesammtsterblichkeit der Jahre 1871—1889 ist bei den Kranken beider Art in der medicinischen Klinik geringer als im städtischen Krankenhaus; ungleich viel kleiner noch als in beiden Hospitälern ist sie im Militärlazarett. Dabei kommen auf Klinik und Militärlazarett verhältnismäßig geringere Ziffern für die Pneumonie als für den Typhus; umgekehrt überwiegt die Abnahme beim Typhus jene bei der Pneumonie im Krankenhaus.

Vergleicht man die Sterblichkeit beim Typhus und bei der Pneumonie in den letzten 4 Jahrzehnten von Jahr zu Jahr, so zeigt sie in sämmtlichen Anstalten Modenas außerordentliche Schwankungen; sprungweise treten ganz bedeutende Zunahmen auch in den letzten Jahrläuften auf. Dabei ist die Ursache solcher plötzlicher Sterblichkeitssteigerungen unbekannt. (Die für das einzelne Jahr gewonnenen Werthe sind häufig durchaus unmaßgeblich, in so fern der Verf. öfter aus einem Material von 1, 2, 3, 4, 5 Fällen pro Anno den Procentsatz der Sterblichkeit berechnet und derart z. B. im Jahre 1872 bei nur 4 Pneumoniekranken der Klinik eine Sterblichkeit von 25% findet, im Jahre 1883 aus einem genesenen Typhuskranken derselben Anstalt die Sterblichkeit auf 0% berechnet.)

Unter den anatomischen Befunden an den Typhusleichen ist die Darmperforation selten, kaum häufiger die Komplikation mit Pneumonie. Die an Pneumonie Verstorbenen weisen ziemlich häufig alte oder frische Herzläsionen auf.

Für die Abnahme der Sterblichkeit beim Typhus und bei der Pneumonie im jüngsten Jahrzehnt kann die Antipyrese in Form der Hydrotherapie oder der Anwendung antithermischer Arzneimittel nicht verantwortlich gemacht werden, da die ganze Behandlung sich auf hygienische Maßregeln und die Verordnung der Tonica und Analeptica in Fällen, wo sie nöthig wurde, beschränkte, während hydriatische Proceduren oder antipyretische Medikamente nur vereinzelt und mehr zufällig in Gebrauch gezogen wurden. Die Unterlassung des vor dem Jahre 1870 häufig und reichlich geübten Aderlasses, die Ersetzung depotenzirender Arzneien (Tartarus emeticus, Ipecacuanha) und anderer gleichwirkender Maßnahmen (große Vesicantien) durch entgegengesetzte, nämlich stimulirende und corroborirende Mittel (Alkohol, Kampher, China, Bouillon, Pepton etc.) in dem letztvergangenen Decennium scheint berücksichtigt werden zu müssen. Der Einfluss der Konstitution des Kranken auf die Sterbeziffer geht aus einem Vergleich der Zahlen des Militärlazarettes mit denen der anderen Anstalten hervor, während der Einfluss der sorgfältigen Einzelpflege an dem im Vergleich zum städtischen Krankenhaus spärlichen Material der Klinik sich erweisen dürfte. **G. Sticker** (Köln).

10. G. Hühnerfauth. Über die Massagebehandlung der chronischen Typhlitis und Perityphlitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 20—22.)

Im Anschluss an eine Erörterung über das klinische Bild der chronischen Typhlitis und Perityphlitis und über die Beeinflussung dieser Zustände durch Massage, stellt H. den Satz auf, dass eine nachhaltige Besserung oder Heilung schwerer Erkrankungen jener Art nur durch die Massagebehandlung sich erreichen lässt. Zahlreiche Beobachtungen (53 Fälle) seien ihm Stütze zur Aufstellung dieser Behauptung. Bezüglich der Technik verweist er zumeist auf sein Handbuch der Massage; bezüglich der Behandlungsdauer normirt er die Zeit auf 6—8 Wochen in leichteren Fällen, auf 3—4 Monate in schweren Fällen, bei einer Dauer der Einzelsitzung von 15—20 Minuten 2mal des Tages. **G. Sticker** (Köln).

11. Treves and Swallow. A case of relapsing typhlitis treated by removal of the vermiform appendix.

(Lancet 1889. Februar 9.)

Ein 29jähriger, vorher stets gesund gewesener, kräftiger Mann, erkrankte innerhalb eines halben Jahres an 3 Anfällen von akuter Typhlitis. Jeder neue

Anfall war schwerer als der vorhergehende. Einen Monat nach Beginn des letzten Anfalles konnte man noch in der Ileocoecalgegend eine Dämpfung vom Poupart'schen Bande bis zur Höhe der Spina anterior superior und nach der Mitte hin bis zur Arteria epigastrica nachweisen. In der äußeren Hälfte derselben war eine harte längliche, etwa daumengroße, senkrecht gestellte Geschwulst zu fühlen, welche man für den kranken Wurmfortsatz ansprach.

Da unter den obwaltenden Umständen ein weiterer Anfall zu befürchten war, der vermuthlich dem Pat. das Leben gekostet hätte, und da nach allgemeiner Erfahrung und besonders nach den Untersuchungen von T. selbst bei tödlich ausgehenden Fällen von Typhlitis fast stets das Coecum gesund und nur der Wurmfortsatz erkrankt gefunden wird, entschloss sich T., den Wurmfortsatz zu entfernen. Bei der Operation fand man, dass die gefühlte Geschwulst der durch Adhäsionen abgeknickte, prall mit Schleim gefüllte Wurmfortsatz war. Die Heilung erfolgte per primam und bis zur Publikation, welche 6 Monate nach der Operation erfolgte, war der Operirte gesund geblieben. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

12. **Mayer.** Ein seltener Fall von chronischem Magengeschwür.

(Münchener med. Wochenschrift 1889.)

Bei einem 38 Jahre alten Tagelöhner hatte ein seit 2 Jahren ungefähr bestehendes Ulcus ventriculi längere (unbestimmbare) Zeit vor dem Tode des Kranken die Magenwandung durchbrochen und einen durch adhäsive Entzündung abgeschlossenen Bauchfellraum zwischen Magen, Leber, Milz und Zwerchfell mit dem Magenlumen in Verbindung gesetzt. Die über 2 Liter Mageninhalt fassende Bauchfellhöhle zeigte eine erhebliche Verdickung und schiefergraue Verfärbung ihrer Wandungen, aber trotz der beständigen Berührung mit saurem Mageninhalt keine Spur von geschwüriger Anätzung. **G. Sticker** (Köln).

13. **Ebstein.** Über die akute Leukämie und Pseudoleukämie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. p. 343.)

I. Über die akute Leukämie.

E. giebt im Anschluss an einen selbst beobachteten Fall von akuter Leukämie eine zusammenfassende Darstellung dieser seltenen Krankheit. Der E.'sche Fall betraf einen 23jährigen kräftigen Mann, der nach ca. 4wöchentlichen Prodromen (Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit) unter den Krankheitserscheinungen der Purpura haemorrhagica Werlhofii erkrankte. Das überaus reichliche, unstillbare Nasenbluten veranlasste die Aufnahme des Pat. in die Göttinger Klinik, wo eine Leukämie konstatirt wurde. Der Tod trat 18 Tage nach dem Auftreten der Purpura haemorrhagica ein.

Mit Einschluss dieses Falles hat E. in der Litteratur im Ganzen 16 unzweifelhafte Fälle akuter Leukämie mitgetheilt gefunden; die Dauer der Erkrankung schwankte hier zwischen 2½—9 Wochen. Vorwiegend wurde das kräftige Mannesalter befallen. In einem Falle schloss sich die Leukämie an die im Gefolge der Anchylostomumkrankheit aufgetretene Anämie an; auch in anderen Fällen war schwere Anämie vorausgegangen.

Die Entwicklung der Symptome drängte sich naturgemäß auf einen eng begrenzten Zeitraum zusammen. Der Milztumor war nur in einem Falle ein beträchtlicher, in mehreren anderen fehlte er überhaupt, eben so auch in einer Reihe von Fällen die Lymphdrüsenschwellung. Mehrfach bestanden die Zeichen der medullaren Erkrankung, in allen Fällen die Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Temperatursteigerungen fehlten in der Mehrzahl der Fälle. Eine bedeutungsvolle Rolle für den Verlauf der Krankheit spielte das Auftreten der hämorrhagischen Diathese. Schwere nervöse Symptome traten häufig, septische Entzündungsprocesse in einem Theil der Fälle auf.

Die Pathogenese der Erkrankung lässt sich auch beim Studium der akuten Leukämie nicht aufklären. Das vorliegende Material ließ keine einwandsfreie Erklärung finden, welche Erkrankung der Milz und des Knochenmarkes zu einer leukämischen Blutveränderung, d. h. zu einer Verminderung der rothen und einer

hochgradigen Vermehrung der weißen Blutkörperchen führen müssen, noch ist überhaupt anzugeben, unter welchen Bedingungen dies geschieht. Eben so wenig bekannt ist der Antheil, welchen die Lymphdrüsen in dieser Beziehung haben.

Die Diagnose der akuten Leukämie kann eine schwierige sein, da erstens bei derselben nicht selten die Symptome fehlen, welche sonst auf die richtige Diagnose lenken (Vergrößerung der Milz und der Lymphdrüsen), und da zweitens gerade bei der akuten Leukämie Symptome nicht nur vorhanden sind, sondern sogar besonders hervortreten, welche die wahre Natur der Krankheit verdecken, so dass Verwechslungen mit Typhus abdominalis, Morbus maculosus Werlhofii, Skorbut u. A. wohl denkbar sein können.

II. Die akute Pseudoleukämie.

Über dieselbe liegen nur 2 Beobachtungen nach E. in der Litteratur vor. Sie zeigen das Gemeinschaftliche, dass sie unter den Symptomen einer mäßig hochgradigen hämorrhagischen Diathese, welche frühzeitig auftrat, verliefen und dass sich bei ihnen eine Mundaffektion und eine Betheiligung der Speicheldrüsen entwickelte. Es fehlten hingegen die erhebliche Schwellung der äußeren Lymphdrüsen, wie der Milztumor. Einen 3. Fall theilt E. mit, in welchem wenigstens die klinische Diagnose einer akuten Pseudoleukämie zu stellen war. Die Beobachtung ist in so fern noch von Interesse, als sich das Krankheitsbild an eine von einem kariösen Zahne entstandene Parulis anschloss. **Peiper** (Greifswald).

14. **Herrmann.** Zweiter ärztlicher Bericht über die Thätigkeit des Karlsbader Fremdenhospitales.

(Prager med. Wochenschrift 1889. No. 15 u. 16.)

Dem übersichtlichen Berichte über die in obiger Anstalt während der Saison 1888 beobachteten Krankheitsfälle fügt Verf. einige bemerkenswerthe therapeutische Erfahrungen und kasuistische Mittheilungen hinzu. Hervorzuheben ist der vom Verf. beobachtete günstige Einfluss der Trinkkur auf die Hyperacidität des Magensaftes, ferner der zufriedenstellende Erfolg, der bei Darmkatarrhen durch systematische Darminfusionen von Karlsbader Wasser kombinirt mit innerlichem Gebrauch kleiner Mengen Sprudels erzielt wurde.

Aus der Kasuistik ist ein Fall von Tabes mit gastrischen Krisen erwähnenswerth, bei welchem der durch Erbrechen oder Expression entleerte Mageninhalt regelmäßig 4—5‰ige HCl enthielt; Ausspülung des Magens hatte stets nur einen vorübergehenden Erfolg. Ferner ein Fall von Leukämie komplicirt mit Calculosis renalis. **E. Schütz** (Prag).

15. **Dudley.** A case of cerebral tumour, apparently the direct result of a cranial injury.

(Brain 1889. Januar.)

Ein bis dahin gesunder Mann bekam einen heftigen Stockhieb über den Kopf, der eine Schädelimpression entsprechend dem vorderen unteren Winkel des linken Scheitelbeines hinterließ. Seitdem Herdsymptome, die auf eine Affektion im Bereich der unteren zwei Drittel der Centralfurche und der unteren Stirnwindung linkerseits deuteten: Konvulsionen, die nach einer Aura in der rechten Hand, im rechten Mundfacialis begannen, auf den rechten Arm übergingen und dann allgemein wurden; dabei konjugirte Ablenkung der Bulbi nach rechts. Später ataktische Aphasie, Parese im rechten Mundfacialis, Hypoglossus und rechten Arm. Tod etwa $1^1/_2$ Jahr nach dem Trauma; Befund: Gliom der linken Großhirnhemisphäre, umfassend die 2 hinteren Inselwindungen bis in den Schläfelappen hinein, den hinteren Abschnitt des Stirnlappens, untere Hälfte der vorderen Centralwindung. **Tuczek** (Marburg).

16. **Hadden.** A case of tumour of the brain with a long history and with few symptoms.

(Brain 1889. Januar.)

Ein Trauma, welches die rechte vordere Schädelhälfte betraf, blieb symptomlos bis auf epileptische Anfälle, die 2 Jahre später auftraten und bis zu dem 12 Jahre

nach der Verletzung im Status epilepticus erfolgten Tode audauerten. Dieselben waren von den Anfällen typischer Epilepsie nicht unterschieden, besonders deutete nichts auf eine Herderkrankung hin. Auch psychische Veränderungen waren, abgesehen von postepileptischen Zuständen, nicht zu bemerken. Die Sektion ergab inmitten der rechten Hemisphäre ein umfangreiches Sarkom, das sich der Marksubstanz, zum Theil auch der Rinde eines großen Abschnittes des Stirnlappens substituirt und das bedeckende Schädeldach (Stirn- und Scheitelbein längs der Coronarnaht) zur Atrophie gebracht hatte. Anamnese und Symptomlosigkeit zwingen zur Annahme eines sehr langsamen Wachsthums der Neubildung.

Tuczek (Marburg).

17. **E. Centanni.** Sulla natura infettiva e sulle alterazioni del sistema nervoso del morbo di Landry. (Istituto di patologia di Bologna.)

(Riforma med. 1889. No. 161.)

Die Gelegenheit einen Fall von typischer Landry'scher Paralyse anatomisch zu untersuchen, benutzte Verf. um über die Art der histologischen Läsion bei jener Krankheit und über das direkte ätiologische Moment Aufschluss zu gewinnen. Das Resultat der Untersuchung ist folgendes: Die wesentlichsten anatomischen Veränderungen in der akuten aufsteigenden Paralyse findet man an den Nervenstämmen in Form einer akuten interstitiellen Neuritis; doch können sie auf das Rückenmark, wenn gleich nur spurweise und gewissermaßen indirekt übergreifen; letztere Thatsache ist von anderen Autoren geleugnet worden. In allen peripheren Nerven findet man einen Bacillus in reichlicher Menge mit besonderen Charakteren und in typischer Lokalisirung. Nach Sahli's Verfahren mit Methylenblau-Borax gefärbt erscheint er als ein 1,2 μ langes Stäbchen von regulärer cylindrischer Gestalt mit abgerundeten Enden, ohne Sporen und ohne besondere Gruppirung, fast ausschließlich in dem endoneuralen Lymphraum, der die Schwann'sche Scheide der Nervenstämme umgiebt; er fehlt im übrigen Nervensystem, so wie in den Muskeln. Kulturen des Bacillus hat C. nicht angelegt. **G. Sticker** (Köln).

18. **Kühnemann.** Zur Bakteriologie der Verruca vulgaris. (Vorläufige Mittheilung.)

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 1.)

K. fand mittels der von Kühne modificirten Gram'schen Methode in allen Warzen im Stratum spinosum »zwischen und wohl auch in den Zellen, so wie in den Lymphspalten« (in welchen Lymphspalten? Ref.) außerordentlich feine, schlanke Stäbchen, die bei älteren Warzen spärlicher als bei solchen jüngeren Datums vorkommen. Der konstante Befund eines und desselben sehr charakteristischen Bacillus, so wie die charakteristischen Kulturen (runde Kolonien mit tellerförmiger Vertiefung in der Gelatine, diese sehr schnell verflüssigend) veranlassen K., denselben als die Ursache der Warzenerkrankung anzusehen. Über Impfungen mit Reinkulturen verspricht K. demnächst zu berichten.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

19. **Schuster.** Über Favusbehandlung.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 1.)

S. schildert in der vorliegenden sehr kurzen Mittheilung sein Verfahren, Favus der Kopfhaut zu heilen. Es wird hierbei den Pat. ein 50 cm oben und unten offener Kartoncylinder aufgesetzt, in dessen unterem Drittel eine Ebene aus Bindfaden hergestellt ist und welcher um Stirn und Hinterkopf durch einen Kautschukring luftdicht abgeschlossen wird. Durch die obere Öffnung wird dann eine mit brennendem Schwefelspan belegte Untertasse gestellt und der Cylinder oben ebenfalls abgeschlossen, so dass sich der Cylinderraum bald mit Dämpfen von schwefliger Säure erfüllt. Die Sitzungen, über deren Dauer nichts gesagt ist, finden täglich statt. Nach 6—8 Wochen wäre der Kopf favusfrei. Über eventuelle Nebenwirkungen, Recidive etc. erfahren wir nichts. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

20. Koch. Zur Therapie des Erysipels.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 27.)

K. empfiehlt zur Behandlung des Erysipels die Applikation einer Salbe bestehend aus Creolin 1, Jodoform 4, Lanolin 10, die mit einem Borstenpinsel auf die erkrankten Hautpartien und 3—4 Querfinger breit auf das anscheinend Gesunde aufgestrichen werden soll. Bei 25 auf diese Weise behandelten Fällen hat er nach 2—3maliger Einpinselung Fieberabfall erzielt, das Erysipel war begrenzt, die Haut abgeblasst. Auch wurde die Nachbehandlung durch die eingeschlagene Therapie außerordentlich günstig beeinflusst. **M. Cohn** (Berlin).

21. B. G. E. W. van Dugteren. Waarnemingen en beschouwingen over Syphilis en hare therapie.

Dissertation, Amsterdam, 1889.

22. A. J. van Walsem. De huid zickten, gedurende de jaren 1886 en 1887 op de polikliniek van Prof. van Harem Noman te Amsterdam voorgekomen Lupus vulgaris.

Dissertation, Amsterdam, 1889.

23. van Haren Noman. Mittheilungen aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und venerische Geschlechtskrankheiten zu Amsterdam.

(Deutsche Übersetzung der beiden obengenannten Dissertationen.)

Die Bearbeitung des poliklinischen Materials hat ergeben, dass in den Jahren 1886 und 1887 1725 Fälle wegen verschiedener Hautkrankheiten Hilfe gesucht haben. Ekzem und Scabies waren weitaus die häufigst vorkommenden Krankheiten (resp. 437 und 385).

Die Behandlung hat in mancher Hinsicht zu sehr interessanten Beobachtungen Veranlassung gegeben. Besonders zu erwähnen sind diejenigen betreffend das Ekzem, die Psoriasis, die Ichthyosis und die Lepra. Dem Lupus vulgaris ist ein specielles Studium gewidmet worden, das ergeben hat: 1) dass in der von Lupus afficirten Haut Bacillen gefunden werden, die von den Tuberkelbacillen nicht zu unterscheiden sind; 2) dass man Thiere tuberkulös machen kann durch die Einimpfung von Stückchen des Lupusgewebes; 3) dass die Reinkulturen von den im Lupusgewebe gefundenen Bacillen in jeder Hinsicht übereinstimmen mit den Reinkulturen der Tuberkelbacillen. Die Therapie soll folgenden vier Erfordernissen genügen: 1) das kranke Gewebe soll zerstört, 2) das gesunde geschont und 3) jede Entzündung der Umgebung verhütet werden; 4) soll man möglichst Sorge dafür tragen, dass die entstehenden Narben gut elastisch sind.

Die Zahl der Pat., die wegen venerischer Krankheiten in Behandlung kamen, war 745 in 1886 und 740 in 1887. Von diesen 1485 Personen findet man die verschiedensten tabellarischen Zusammenstellungen berechnet. Die Erfahrung hat übrigens erwiesen, dass die mit Lichen syphiliticus verlaufenden Fälle einen sehr malignen Verlauf nehmen. Dasselbe gilt im Allgemeinen von der extragenital acquirirten Syphilis. Die beigefügten Krankengeschichten (nebst Tabelle) beweisen das letztere für die meisten der diesbezüglichen Fälle. Die weniger große Empfänglichkeit der Genitalgegend wird als Anpassungserscheinung hingestellt. Der Invasionsmodus des luetischen Virus wird ausführlich besprochen, aber vorläufig als eine theilweise offene Frage betrachtet. Nur so viel scheint sicher, dass die Initialaffekte erst dann als syphilitische erkannt werden können, wenn schon allgemeine Infektion stattgefunden hat. Die Behandlung, ja sogar die Exstirpation des Ulcus vermag also der luetischen Infektion nicht vorzubeugen. Die Behandlung des Ulcus geschieht aber dennoch vorzugsweise mit Quecksilberpräparaten. Die Allgemeininfektion bekämpft man am besten in der Weise, dass man das Symptomenmaximum abwartet und mit dem Stadium decrementi die Behandlung anfangen lässt. Dasselbe gilt für die Recidive, oder, wenn diese nicht eintreten, so folge man der Lehre Fournier's. Verschiedene Quecksilberpräparate und die

Anwendung derselben werden in dem letzten Abschnitte vorgeführt und besonders die Behandlung mit Kalomelinjektionen empfohlen. **Feltkamp** (Amsterdam).

24. W. Duncan McKine. A death from ether.

(New York med. journ. 1889. Juni 1.)

Bei einem 46jährigen an tuberkulöser Caries des Tarsus erkrankten Manne sollte die Syme'sche Amputation ausgeführt werden. Die Narkose mittels Äther konnte ein Unregelmäßigwerden und Stocken der Athmung, so wie tiefe Cyanose, welche schon wenige Minuten nach dem Beginn eintraten, nicht verhüten. Nachdem dieser gefährliche Zustand bald wieder vergangen war, hörte nach weiteren 5 Minuten der Puls mit einem Male auf zu schlagen und war trotz aller excitirenden Maßregeln nicht wieder zurückzurufen.

Bei der Sektion war der wichtigste Befund eine völlige Verwachsung der beiden Pericardialblätter; in diesem Zustande habe das Herz der vermehrten Anstrengung nicht mehr nachkommen können und es vermuthet D., dass ungewohnte geistige oder physische Aufregung wahrscheinlich gleichfalls die Katastrophe herbeigeführt haben würden. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

25. J. Ross. Poisoning by Roburite.

(Med. chronicle 1889. Mai.)

Roburit ist ein neuer Sprengstoff, welcher in Kohlenminen angewandt wurde und besteht aus Dinitrobenzol. Die damit beschäftigten Arbeiter (6) bekamen nach kürzerer oder längerer Frist (bis zu 3 Wochen) fast alle die gleichen Krankheitserscheinungen, nämlich: hochgradige Anämie bei den zuvor ganz kräftigen Leuten, mit dunkelblauer Verfärbung der Lippen. Der Harn schied reichlich Urate ab und war sehr stark gefärbt, enthielt außerdem Spuren von Gallenfarbstoff auch noch viele Tage, nachdem die gefährliche Beschäftigung ausgesetzt worden war. Subjektiv wurde als erstes Symptom Brennen der Augen und des Gesichts angegeben, wozu sich bald starke Kopfschmerzen, theils in der Stirn, theils in den Schläfen, theils im Hinterhaupte dazu gesellten. 2 Monate nach Beginn der Beschäftigung mit Roburit kam auch Taubheit der Fingerspitzen und Zehen dazu. Kurzathmigkeit und Herzklopfen, bei Einigen auch Übelkeit und Erbrechen, ferner folgten schießende Schmerzen in den Unterextremitäten und Muskelzuckungen bald nach, verbunden mit außerordentlicher Muskelschwäche. Die Sehnenreflexe waren manchmal verlangsamt und herabgesetzt, manchmal leicht gesteigert. R. identificirt die Erkrankungen mit peripherer Neuritis, wie er sie durch die Dämpfe von Schwefelkohlenstoff bei Arbeitern in Gummifabriken gesehen habe. Aussetzen der Beschäftigung führte nur langsame Besserung herbei.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

26. D. Lindo. Zur Erkennung des Antipyrins und Antifebrins.

(Chem. news 1889. No. 58. p. 51. — Zeitschrift für analyt. Chemie 1889. No. 28. p. 353.)

»Wird Antipyrin mit starker Salpetersäure in einer Porzellanschale erhitzt, bis Reaktion eintritt und die Lampe dann entfernt, so erhält man nach dem Abkühlen eine schön purpurrothe Flüssigkeit, die beim Verdünnen mit Wasser und Filtriren ein purpurrothes Filtrat liefert, während ein violetter Rückstand auf dem Filter bleibt. Das Acetanilid liefert beim Erhitzen mit koncentrirter Schwefelsäure Sulfanilsäure, welche nach dem Verdünnen mit Wasser und Zusatz einer kleinen Menge salpetrigsauren Alkalis an ihrem Verhalten zu α-Naphthol, Thymol oder Karbolsäure erkannt werden kann.« **F. Röhmann** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,

Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,

Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. Sonnabend, den 7. December. 1889.

(Aus der Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geh. Medicinalraths Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.)

Ein Fall von Antipyrinexanthem.

Von

Dr. **Friedrich Hahn,**

I. Assistenzarzt.

Vor Kurzem kam in hiesiger Klinik ein Fall von Vergiftung durch Antipyrin zur Beobachtung, der von Herrn Geheimrath Doutrelepont in der Klinik und in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde[1] vorgestellt und nunmehr mir zur Veröffentlichung übergeben worden ist, wofür ich demselben auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank sage.

G. P., Bierhändler aus Bonn, stellte sich zuerst im Sommer 1886 in unserer Poliklinik vor. Nach der Notiz im poliklinischen Journal zeigten sich damals juckende Papeln an beiden Händen, es wurde Urticaria diagnosticirt und Pat. durch eine Atropinkur geheilt. Dann stellte er sich wieder ein im Anfang Juli

[1] Sitzung vom 18. November 1889.

des laufenden Jahres mit einer dem gleich zu beschreibenden Ausschlag, wegen dessen er sich jetzt in klinischer Behandlung befindet, durchaus ähnlichen Affektion. Er wurde damals symptomatisch behandelt und in ca. 14 Tagen war die ganze Krankheit beseitigt. Am 31. Oktober cr. erschien er wieder in hiesiger Poliklinik mit der Angabe, dass er am Tage vorher wegen Katzenjammers Morgens in der Frühe Antipyrin genommen habe; bald darauf sei ihm schwindlig geworden, er habe Brennen im Gesicht und an den Händen, so wie Schmerzen beim Schlucken empfunden. Im Laufe des Tages seien dann »Blasen« im Munde und am Scrotum aufgetreten. Auf Befragen erfuhren wir nun, dass Pat. auch im Juli, als die Affektion ausbrach, Antipyrin genommen habe. Da er ziemlich stark fieberte so wurde ihm die Aufnahme in hiesige Klinik gerathen.

Er kam dann erst am 2. November cr.; die Aufnahme des Status praesens ergab folgenden Befund:

Pat. ist ein kräftiger, untersetzter Mensch von 24 Jahren; mäßiger Potator (hat nur wenig ausgesprochenen Tremor alcoholicus). Temperatur 38,5, Puls 132. Pat. delirirt etwas und ist nur mit Mühe im Bette zu halten. Das Gesicht ist gedunsen und leicht cyanotisch, die Haut der Hände und Füße ebenfalls livid gefärbt, nicht geschwollen. Die Zunge ist dick belegt, es besteht reichliche Salivation. Die Schleimhaut des Mundes, des Gaumens, der Lippen und die Ränder der Zunge sind von zahlreichen, Plaques muqueuses ähnlichen, theilweise konfluirten Efflorescenzen eingenommen. Auf der Haut des Nackens und beider Hände und Vorderarme finden sich einzelne dunkelblaurothe Flecken, die auf Fingerdruck erblassen, von etwa 10-Pfennigstückgröße. An beiden Unterschenkeln, am rechten Oberschenkel und am Rücken beider Hände zeigen sich bis markstückgroße schlaffe Blasen; dieselben stehen vereinzelt, ihr Inhalt besteht aus klarem Serum; theilweise ist die Epidermisdecke gesprengt und man sieht das rothe, nässende Rete freiliegen. Das Scrotum ist in eine glänzend rothe, mit Borken und Eiter bedeckte Fläche verwandelt, die einzelnen Runzeln erscheinen verdickt und von Rhagaden durchsetzt. Es besteht starke kongenitale Phimose; am freien Rande des Präputiums bestehen mehrere Exkoriationen, die ihr Entstehen geplatzten Blasen verdanken. Aus dem Vorhautsack quillt etwas Eiter.

Die Therapie war eine durchaus symptomatische: Bettruhe, Chloralhydrat gegen die Delirien; 5%ige Sol. Kal. chloric. zum Mundspülen, 2‰ige Salicylumschläge auf Scrotum und Penis, 10%iger Salicylpuder auf die Blasen. Leichte, flüssige Diät und ein Abführmittel.

Am folgenden Tage war Pat. bedeutend ruhiger, die Temperatur bewegte sich zwischen 37,5 und 38,0; die Affektion selbst bot im Wesentlichen dasselbe Bild.

Am 4. November Morgens Temp. 38,0, Puls 108; man konnte jetzt ein deutliches Zurückgehen der Affektion, besonders im Munde konstatiren.

Vom 5. November ab war die Temperatur normal; die von Epidermis entblößten Stellen am Scrotum sind gereinigt und beginnen sich zu überhäuten; die meisten Stellen, wo Blasen saßen, sind mit schwarzrothen Borken bedeckt, nach deren Abweichung das spiegelnde Rete zu Tage tritt.

Am 6. November beginnen diese Borken abzufallen und zeigen unter sich junge leicht schuppende Epidermis. Affektion am Scrotum ebenfalls größtentheils überhäutet, die Mundaffektion bis auf einige Plaques an den Mundwinkeln und am Zungenrande beseitigt.

Am 9. November ist die Balanitis beseitigt und bis auf einige kleine Stellen am Scrotum Alles verheilt.

Am 13. November sind sämmtliche Erscheinungen geschwunden bis auf einige leichte Röthungen an Stellen, wo Blasen saßen. Vollkommene Euphorie.

Wenn es nun auch nach den Angaben des Pat. durchaus wahrscheinlich erschien, dass die im Juli und jetzt bei ihm beobachtete Affektion durch das Einnehmen von Antipyrin (Pat. hatte damals 1,0 g, jetzt 2 g auf einmal genommen) hervorgerufen sei, so beschloss Herr Geheimrath Doutrelepont doch, um jeden Zweifel zu heben, das Experiment zu machen, ob wirklich Antipyrin derartige

Vergiftungserscheinungen hervorrufen könne und verordnete in Folge dessen dem Pat. 2 g Antipyrin.

Am 14. November Morgens 7 Uhr wurde ihm diese Dosis, um möglichst den Verhältnissen, unter denen er damals Antipyrin genommen hatte, nahe zu kommen, unmittelbar nach dem Kaffee ohne sein Wissen, in Aq. Menth. pip. gelöst, verabreicht. Die Temperatur betrug 36,9, Puls 96.

Um 8¼ Uhr traten Schmerzen beim Schlucken, starke Salivation, Schwellung der Lippen und das Gefühl von Spannung im Gesicht ein. Pat. äußerte, es se ihm gerade, als habe er wieder Antipyrin genommen. Temp. 37,4, Puls 110.

Um 11 Uhr heftiger Schüttelfrost von etwa 20 Minuten Dauer; diffuse bläulichrothe Färbung an Füßen, Händen und Gesicht, leichtes Ödem dieser Theile; die Haut des Körpers ist bläulich marmorirt, Zunge dick belegt. Temp. 38,5, Puls 132, regelmäßig, aber etwas klein.

Um 12½ Uhr Temp. 39,7, Puls 130, etwas voller. Lippen und weicher Gaumen stark ödematös und lebhaft geröthet. Vollkommene Anorexie. Ord.: Eisblase auf den Kopf; Ol. Ricin 15,0.

Um 4 Uhr Temp. 40,6, Puls 124, kräftig; geringes Erbrechen einer klaren, gelblichen Flüssigkeit. Auf dem rechten Vorderarm erscheint eine Blase von etwa Erbsengröße, auf dem Nacken 3—4 zehnpfennig- bis thalergroße Erythemflecke. Ord.: Ol. Ricin 15,0 und Einlauf, worauf reichlicher Stuhl erfolgt.

Bis 5 Uhr erscheinen auf Armen und Brust mehrere rothe Flecke mit etwas verwaschenen Rändern.

Um 6 Uhr Temp. 40,8, Puls 124. Auf beiden Seiten am Rande der Zunge mehrere graugelbliche Epitheltrübungen.

Um 8 Uhr Temp. 40,9, Puls 120. Starke Kopfschmerzen (Eisblase), Pupillen normal, reagiren gut auf Lichteinfall. Sensorium frei. Ord.: Acid. muriat. 2,0: 200,0, 2stündlich 1 Esslöffel.

15. November 8 Uhr Morgens. Temp. 38,5, Puls 116. Pat. fühlt sich wohler, Kopfschmerzen und Schmerzen beim Schlucken verringert. Das Exanthem ist bedeutend reichlicher herausgekommen. Auf Brust, Nacken, Armen und Beinen ziemlich zahlreiche Erythemflecke von 10-Pfennig- bis Thalergröße, einige derselben erscheinen leicht erhaben, die Epidermis über denselben leicht gefältelt (beginnende Blasen); die diffuse blaurothe Färbung der Hände und Füße hat zugenommen.

12 Uhr Temp. 39,5. Auf dem rechten Handrücken eine etwa markstückgroße Blase. Der freie Rand des Präputiums ist ödematös und mit einer Exkoriation (geplatzten Blase) versehen.

4 Uhr p. m. Temp. 39,9, Puls 124. Auch am weichen Gaumen und an den Lippen zeigen sich wieder mehrere Plaques muqueuses-ähnliche Efflorescenzen.

8 Uhr p. m. Temp. 39,6, Puls 120.

16. November. Pat. hat eine gute Nacht verbracht, hat etwas Appetit, die Zunge reinigt sich. Das Exanthem ist wieder bedeutend weiter gegangen: das ganze Scrotum, Penis und Kreuzbeingegend ist in eine rothe, nässende Fläche verwandelt, an der man theilweise noch ganz deutlich die Entstehung aus konfluirten und dann geplatzten Blasen erkennen kann; es hängen noch viele Epidermisfetzen daran. An Hals, Nacken, Armen und Beinen zahlreiche kleinere und größere runde rothe, nicht juckende Flecken, die jetzt nicht so livid erscheinen wie gestern und deren Ränder schärfer abgesetzt sind gegen die umgebende Haut. Die nur noch leicht gerötheten Stellen, wo bei der vorigen Attacke Blasen gesessen hatten, sind dunkelblau-roth. Plaques am Gaumen haben zugenommen. Subjektives Wohlbefinden. Temp. 37,0, Puls 88.

12 Uhr. Temp. 38,3, Puls 100.

6 Uhr p. m. Temp. 38,6, Puls 108. Die Hände und Füße erscheinen immer noch ödematös und stark livid geröthet. Die Epidermis der Handteller hat sich größtentheils blasig abgestoßen.

17. November. Zunge rein, Salivation geringer. Temp. 37,6, Abends 38,4, Auf Zungenrand, Lippen und Gaumen sind noch zahlreiche neue Plaques, deren

Epidermis sich als Blase erhebt, und dann theilweise abstößt, erschienen. Cyanose der Hände und Füße lässt nach. Appetit regt sich, doch vermag Pat. wegen der Schmerzen, die ihm die Mundaffektion macht, nicht gut zu schlucken.

18. November. Temperatur von heute ab normal; neue Blasen und Flecke sind nicht aufgetreten. Cyanose der Extremitäten beseitigt; die Blasen in der Palma sind überhäutet, die betreffenden Stellen erscheinen nur noch roth.

19. November. An der Stirn und am rechten Ohr zwei neue 10pfennigstückgroße Blasen. Im Übrigen geht das Exanthem unter derselben Therapie wie beim vorigen Male (Gurgelwasser, Umschläge, Puder) allenthalben zurück.

21. November. Außer einigen Plaques im Munde und den Exkoriationen am Penis ist Alles bis auf Röthungen verheilt.

Pat. ist somit jetzt als von seiner Antipyrinvergiftung geheilt zu betrachten; wenn auch noch einige kleine Stellen nicht vollkommen überhäutet sind, so wird doch seine Entlassung aus der klinischen Behandlung in einigen Tagen erfolgen können.

Was nun die Würdigung unseres Falles betrifft, so stellt derselbe entschieden eine toxische Wirkung des Antipyrins dar, wie sie in dieser intensiven Weise bisher wohl nicht zur Beobachtung gekommen ist. Ich habe die in der Litteratur beschriebenen Fälle, welche Nebenwirkungen des Antipyrins schildern, durchgesehen und finde da häufiger, besonders nach einmaligen größeren Gaben, Cyanose der Extremitäten, Herzschwäche, Collapse erwähnt. Doch sind auch einige Fälle von auffallender Temperatursteigerung nach Darreichung von Antipyrin beschrieben, so einer von Laache[2], wo auf 2 g Antipyrin die Temperatur unter Schüttelfrost bis auf 40,8 stieg und ein scharlachartiges Exanthem ausbrach; doch waren diese Erscheinungen bereits am folgenden Tage wieder vollkommen normalen Verhältnissen gewichen.

Ferner findet man nicht selten, besonders bei längerer Anwendung des Antipyrins, den Ausbruch eines scharlach- oder masernartigen Exanthems verzeichnet, das gelegentlich durch heftiges Jucken unangenehm geworden ist, sonst aber weiter keine Beschwerden hervorgerufen hat und häufig wieder verschwunden ist, ohne dass man nöthig hatte, das Mittel auszusetzen. Manchmal stieß sich die Epidermis nach Erblassen eines solchen Exanthems auch kleienförmig ab. Eine derartige Affektion im Munde dagegen, wie in unserem Falle, finde ich nirgends erwähnt, und Blasenbildung nur einmal, und zwar in dem von Spitz[3] veröffentlichten Falle, wo nach Antipyringebrauch eine Dermatitis mit großblättriger Desquamation und Blasenbildung auftrat.

Zu bemerken ist noch, dass von einer Verunreinigung des Präparates in unserem Falle nicht die Rede sein kann, da wenigstens das hier in der Klinik dem Pat. verabreichte Antipyrin oft genug von anderen Kranken ohne die geringsten üblen Nachwirkungen genommen worden war.

Jedenfalls dürfte der referirte Fall dazu auffordern, mit der Darreichung des Antipyrins vorsichtig zu sein, ehe man die Toleranz

---

[2] Centralblatt für klin. Medicin 1886. No. 32.

[3] Therapeutische Monatshefte 1887. No. 9.

des betreffenden Individuums dagegen durch anfängliche kleinere Dosen erprobt hat; vor allen Dingen aber müsste man das Antipyrin aus der Zahl derjenigen Präparate herausnehmen, die ohne ärztliche Verordnung von Apothekern und Droguenhändlern im Handverkauf abgegeben werden dürfen.

---

1. **Cheminade.** Recherches expérimentales sur l'absorption du mercure dans les injections hypodermiques de calomel.

(Union méd. 1889. No. 98.)

Der Verf. hat die örtlichen Veränderungen untersucht, welche das subkutan injicirte Kalomel auf die Gewebe, mit denen es in Berührung gelangt, ausübt. Er injicirte einem Kaninchen von einer Lösung

Rp.:	Calomelan. vapore parat.	
	Natr. chlorat.	āā 5,0
	Mucil. gumm. arab.	2,0
	Aq. destill.	50,0

innerhalb von 5 Tagen in 4 Dosen zusammen 0,2 g Kalomel (also pro dosi eine halbe Spritze = 0,05). Am Tage nach der letzten Einspritzung wurde das Thier, dessen Gesundheitszustand nicht verändert war, getödtet, und die vier Injektionsstellen untersucht. Es zeigte sich, dass der Zeit nach zuerst Ekchymosen und starke Vaskularisation in dem betreffenden Gewebe entsteht; dann verliert dasselbe seine dunkle Farbe und wird weiß-gelblich, ungefähr von der Farbe wie Fett. Die injicirte Flüssigkeit konnte bereits einen Tag nach der letzten Einspritzung an deren Stelle nicht mehr gefunden werden. Das Quecksilber selbst wird langsam resorbirt, wie sich an der immer geringer werdenden Reaktion des Reagenspapiers zeigte, und zwar wird das Quecksilber in natura resorbirt. (Bereits frühere Untersuchungen haben ergeben, dass das Kalomel sich in Sublimat und in reines Quecksilber im Organismus umbildet.)

Der Verf. meint, dass Vergiftungserscheinungen nach Quecksilberinjektionen, welche auf dem letzten internationalen Dermatologenkongress in Deutschland erwähnt wurden, nur durch »enorme« Dosen bewirkt werden könnten, da jenes Versuchsthier, ohne die geringsten Störungen zu zeigen, in 5 Tagen 0,2 g erhielt. Dem ist entgegenzuhalten, dass, wie für alle anderen Medikamente, auch für das Quecksilber individuell eine sehr verschiedene Disposition vorhanden ist, so dass Jemand bereits nach Aufnahme sehr geringer Quecksilbermengen schwere Intoxikationserscheinungen darbieten kann, wie zahlreiche Veröffentlichungen in letzter Zeit aus Deutschland, welche allerdings dem Verf. entgangen zu sein scheinen, beweisen, während andere Personen ohne Beschwerden bei Weitem größere Dosen des Mittels vertragen. Ferner ist zu beanstanden, dass Verf. ohne Weiteres die an einem Thier gemachten Erfahrungen auf Menschen zu übertragen geneigt ist. Was für ein Kaninchen aus-

reicht oder zu viel ist, braucht sicherlich nicht auch für einen Menschen zu genügen oder zu viel zu sein. G. Meyer (Berlin).

---

2. **Lannegrace.** Influence des lésions corticales sur la vue.

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 1 u. 2.)

L. hat sich in dieser Arbeit zwei Ziele gesteckt: 1) will er den Nachweis führen, dass Verletzungen der Hirnrinde beim Hunde und beim Affen, je nach ihrem Sitze, bald homonyme Hemiopie, bald gekreuzte Amblyopie nach sich ziehen, und 2) will er den Mechanismus erklären, durch den die beiden Arten der Sehstörung zu Stande kommen.

Nach einer Übersicht über die einschlägige Litteratur, über die bekannten Meinungsverschiedenheiten der Physiologen und den Standpunkt der Kliniker bespricht er seine Methode der Operation und der sich daran anschließenden Beobachtung.

L. wandte die Kauterisation mittels des Thermokauters an; letzteren führte er zur Schonung der benachbarten Gehirntheile in einer Glasröhre ein. Die Untersuchung der Qualität einer Sehstörung bei einem Thiere ist bekanntlich sehr schwierig. Trotz der weitschweifigen Angaben seiner Beobachtungsmethode vermag L. einen neuen Gesichtspunkt hierfür nicht vorzubringen, und er gesteht zum Schluss selbst ein, dass der Physiologe in der Entscheidung dieses Punktes sich häufig nur durch den allgemeinen Eindruck bestimmen lassen muss.

Im zweiten Abschnitte schildert L. die Ergebnisse seiner seit zwei Jahren an Hunden angestellten Versuche. In Bezug auf die wirksame Rindenregion und die Intensität, die Dauer und den Ausgleich der Störungen stellt er folgende Sätze auf: 1) Sehstörungen werden nicht allein durch Verletzung der Occipitalregion, sondern auch durch Verletzung der Frontal-, Temporal- und Parietalregionen hervorgerufen. 2) Die Sehstörungen erscheinen nicht konstant nach jedem Eingriff in den citirten Regionen; in einigen Fällen sind sie nicht deutlich zu konstatiren, gleichviel, wo die Läsion gesetzt wurde. 3) Die Intensität der Sehstörungen nach scheinbar identischen Verletzungen ist sehr verschieden. 4) Dieselbe hängt vom Ort der Läsion ab. 5) Sie hängt ferner von der Ausbreitung der Verletzung ab, und wird durch Wiederholung des Eingriffs bedeutend verstärkt. 6) Die Sehstörungen nach einer einzigen Verletzung sind stets vorübergehend; ihre Dauer schwankt zwischen einigen Tagen und mehreren Wochen. 7) Einseitige, auf einander folgende Läsionen rufen nicht allein intensivere, sondern auch persistirende, ja bleibende Störungen hervor. (Einzelne Partien derselben Hemisphäre treten also in einem gewissen Maße für einander ein.) 8) Sind die von einer einzelnen oder mehreren einseitigen Läsionen herstammenden Sehstörungen verschwunden, so kann eine symmetrische oder asymmetrische Verletzung der entgegengesetzten Seite nicht allein die ihr eigenen Sehstörungen verursachen, sondern auch die

verschwundenen Sehstörungen wieder zum Vorschein bringen und sogar dauernd machen. 9) Durch sehr ausgedehnte doppelseitige Verletzungen kann temporäre, aber nicht permanente Blindheit hervorgerufen werden; selbst wenn die Verletzungen die Occipitalregion betrafen, lernte das Thier allmählich Hindernisse zu vermeiden.

L. geht dann auf die Natur der Sehstörungen über und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Rindenverletzungen erzeugen nicht eine einzige, stets identische Sehstörung; dieselbe ist variabel, bald homonyme Hemiopie, bald gekreuzte Amblyopie. 2) Die homonyme Hemiopie kann rein sein; die gekreuzte Amblyopie ist dagegen fast immer mit einem gewissen Grade von Hemiopie verbunden. 3) Die Natur der Sehstörung hängt ab von dem Sitze der Läsion; die Läsion jedes Rindenbezirkes kann homonyme Hemiopie hervorrufen, die der vorderen Partien verbinden sich dagegen mit gekreuzter Amblyopie. 4) Rindenverletzungen können zeitweise die Perception der Netzhauteindrücke völlig, aber nie auf die Dauer unterdrücken; nach einer gewissen Zeit konstatirt man in Bezug auf die gekreuzten Wirkungen, dass keine komplete Amaurose, sondern nur einfache Amblyopie, und in Bezug auf die halbseitigen Wirkungen, dass keine absolute Hemiopie, sondern einfache Hemiamblyopie (Löb) existirt. 5) Bei Sehstörungen corticalen Ursprungs scheinen stets Eindrücke auf das Centrum der Retina am besten wahrgenommen zu werden. 6) Eine ausschließliche Verbindung zwischen den verschiedenen Netzhautabschnitten und bestimmten Rindenbezirken existirt nicht.

Was die motorischen, sensiblen und nutritiven Augenstörungen nach Rindenläsionen betrifft, so gelangt L. zu folgenden Schlüssen: 1) Rindenverletzungen rufen niemals, gleichviel an welcher Stelle sie sitzen, Lähmungen der inneren oder äußeren Augenmuskulatur hervor. 2) Läsionen der vorderen Partien, vor Allem der Parietalregion, können die Sensibilität des gegenüber liegenden Auges verringern; diese Herabsetzung der Sensibilität fällt mit Amblyopie zusammen. 3) Läsionen der Frontal- und Parietalregionen können trophische Störungen an der entgegengesetzten Körperhälfte, nicht nur an Extremitäten und Rumpf, sondern auch am Auge hervorbringen.

L. zieht dann aus den obigen Sätzen folgende Schlüsse: 1) Die Oberfläche der Rinde, deren Verletzung Sehstörungen zur Folge hat, hat eine beträchtliche Ausdehnung; sie umfasst fast die ganze Konvexität des Gehirns. 2) Es giebt zwei Arten von Sehstörung corticalen Ursprungs: a. homonyme Hemiopie und b. gekreuzte Amblyopie. 3) Die Natur der Sehstörung hängt von deren Sitz ab. Die Zone für die Hemiopie umfasst fast die ganze Konvexität der Rinde; ihr Hauptsitz ist jedoch das Hinterhaupt. Die Zone der Amblyopie ist viel beschränkter; sie beschränkt sich auf die Frontal- und besonders auf die Parietalgegend. 4) Die Amblyopie ist häufig mit sensiblen und trophischen Störungen des betreffenden Auges verbunden.

Nach L. kann von einem begrenzten Sehcentrum mit occipitalem Sitze, wie es Munk beschrieb, keine Rede sein.

Im dritten Kapitel erörtert L. die experimentellen Beobachtungen, die er an Affen angestellt hat. Im Gegensatz zu dem vorigen Kapitel sind hier Versuchsprotokolle mit Abbildungen des Sektionsbefundes beigegeben. L. stellt nach denselben folgende Sätze auf: 1) Die Läsion eines Occipitallappens scheint keine Sehstörung hervorzurufen. 2) Die Läsion eines Gyrus angularis ruft Sehstörungen der entgegengesetzten Seite hervor; diese Störung besteht in gekreuzter Amblyopie, ist jedoch wenig intensiv und vorübergehend. 3) Die Läsion der Gyri occipit. und angul. derselben Seite hat doppelseitige Sehstörung und zwar gekreuzte Amblyopie, verbunden mit homonymer Hemiopie, zur Folge. 4) Die Läsion der Windungen in der Umgebung des Sulc. Rolandi scheint Sehstörungen hervorzurufen. 5) Die auf einander folgende Verletzung beider Gyri angul. bedingt keinen Verlust des Sehvermögens. 6) Die Zerstörung beider Occipitallappen und eines Gyr. angul. vernichtet nicht das Sehvermögen, und braucht nur vorübergehende Sehstörungen zu setzen. 7) Die Läsion beider Gyri angul. und eines Occipitallappens führt nicht zum Verlust des Sehvermögens. 8) Die Läsion beider Occipitallappen und beider Gyri angul. zieht nicht immer den völligen Verlust des Sehvermögens nach sich. — Während die Verletzungen des Occipitallappens keine Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen nach sich ziehen, rufen die Läsionen des Gyrus angul. häufig derartige Störungen der entgegengesetzten Körperhälfte, speciell der oberen Extremitäten, weniger der unteren, niemals des Gesichts hervor; dieselben treten erst allmählich auf und sind in Bezug auf Intensität und Dauer sehr verschieden.

L. zieht aus obigen Sätzen den Schluss, dass nur sehr beträchtliche Zerstörungen der Hirnrinde beim Affen einen kompleten Verlust des Sehvermögens nach sich ziehen. Die visuelle Zone scheint sich bis auf die motorische zu erstrecken.

Im letzten Kapitel geht L. auf die Theorien der Hemiopie und der Amblyopie des Näheren ein. Es würde uns hier zu weit führen, seine interessanten kritischen Ausführungen in Bezug auf die bisher von den Physiologen und Klinikern verfochtenen Ansichten wiederzugeben; es muss dieserhalb auf das Original verwiesen werden. Seine Theorie der Hemiopie, die sich mit den heute gültigen Anschauungen deckt, ist folgende: 1) Die homonyme Hemiopie ist das Resultat einer Läsion, die den sensoriellen Apparat gerade trifft, nachdem er die Halbkreuzung im Chiasma passirt hat. 2) Die halbgekreuzten Sehfasern strahlen nach dem Austritt aus den Sehhügeln nach einer beträchtlichen Fläche der Hirnrinde aus, vom Hinterhaupt bis zur motorischen Region; der größere Theil der Fasern vereinigt sich im Occipitallappen, der Rest derselben vertheilt sich auf die vorderen Partien der Rinde. Die Sehsphäre, die Zone der Hemiopie, ist daher sehr ausgebreitet, ihr Hauptsitz ist jedoch im Hinterhaupt.

3) Die Sehzellen können sich in einem gewissen Maße ergänzen; die Rückbildung eines gewissen Grades des Sehvermögens kann nach einigen Monaten vor sich gehen. 4) Wenn eine Läsion die Gesammtheit der optischen Leitungsbahnen nach ihrer Semidecussation (Tract. optici, Thalami opt. und deren Nachbarschaft) trifft, so tritt völlige Hemiopie auf mit scharfer vertikaler Begrenzung. Wenn dagegen eine Läsion nur einen Theil der Endelemente des optischen Apparates (Hirnrinde) trifft, so nimmt die Hemiopie eine besondere Form an; das centrale Sehen bleibt intakt.

In Bezug auf die Amblyopie stellt Verf. eine eigene neue Theorie auf, die wir hier nur in ihren Grundzügen wiedergeben können: 1) Die Amblyopie ist die nothwendige Begleiterscheinung resp. die Folge einer Alteration der Sensibilität des Auges. 2) Die Amblyopie ist wahrscheinlich das Resultat einer nutritiven Störung der Retina, die durch eine den sensiblen Apparat des Auges treffende Läsion hervorgerufen ist; da dieser Apparat eine völlige Kreuzung in der Höhe der Varolsbrücke erleidet, so ist die Amblyopie, falls die Läsion den Apparat in seiner cerebralen Partie trifft, nothwendig eine gekreuzte. 3) Das sensible Augenbündel ist besonders koncentrirt in dem hinteren Segment der inneren Kapsel; dort findet es sich in der nächsten Nachbarschaft mit dem Sehbündel. Eine Läsion dieser Gegend muss daher, je nachdem sie das sensorielle und das sensible Bündel isolirt oder gleichzeitig ergreift, entweder gekreuzte Amblyopie, oder homonyme Hemiopie, oder schließlich beide Störungen gleichzeitig hervorrufen. 4) Beim Austritt aus der Kapsel scheint das sensible Augenbündel sich gegen die Parieto-frontalgegend und noch mehr gegen den Parietallappen hin zu verzweigen. Die sensible Augenzone, die Zone der Amblyopie, scheint demnach in die vordere Partie der visuellen Zone, die Zone der Hemiopie, eingeschlossen zu sein. Trifft daher eine Rindenverletzung die beiden Apparate, den sensiblen und den sensoriellen, an ihrer Berührungsstelle, so muss stets gleichzeitige Amblyopie und Hemiopie entstehen; letztere kann indessen fehlen in Folge der gegenseitigen Ergänzung der visuellen Zellen.

A. Neisser (Berlin).

---

3. Jacob (Cudowa). Das Moorbad und sein Ersatz. Eine kritische Würdigung seiner Wirkungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Ein gutes Moor muss möglichst aus Cellulose und deren Oxydationsstufen, dem Humin und Humussäure bestehen. Ameisen- und Essigsäure, so wie die Umsetzungen des Pflanzeneiweißes und Ammoniak kommen nur in bedeutungslosen Mengen vor.

Das Moor ist specifisch leichter (0,99) als Wasser, nur durch Beimengung von Mineralien wird das Gewicht vermehrt und dabei natürlich auch der Charakter des reinen Moorbades geändert; seine specifische Wärme ist geringer als die des Wassers (0,76—0,93, je

nach der Menge des aufgenommenen Wassers); sein Wärmeleitungsvermögen ist 0,66—0,75, die des Wassers gleich 1 gesetzt.

J. tritt der Theorie von Peters, der mit einem durch Sandbeimengung specifisch schweren Moor gearbeitet hat, und die Wirkung desselben von dem vermehrten Drucke, der den Badenden trifft, ableiten will, entgegen; er kann nicht annehmen, dass selbst im specifisch schweren Moorbade die Druckzunahme, die er auf 2% des Gesammtatmosphärendruckes berechnet, im Stande ist, die gerühmte Wirkung auf den Fluss der Lymphe etc. hervorzurufen, da unser Körper doch gewohnt ist, leicht 8% Druckschwankungen in der Atmosphäre, wie sie bei Ortswechsel vorkommen, ohne jegliche Störung zu ertragen.

J. nimmt an, dass die Haupteigenthümlichkeit in der Wirkung des Moorbades sich aus seinem geringeren Wärmeleitungsvermögen erkläre; es kann in der Zeiteinheit dem Badenden weniger Wärme zuführen oder entziehen, wie ein gleichtemperirtes Wasserbad; es muss daher wärmer oder kälter als dieses genommen werden, um den gleichen Wärmeeffekt zu erzielen. Diese Wärmewirkung wird noch dadurch vermehrt, dass vermöge der Kohäsion im Moorbade weniger Strömungen entstehen können, die dem Körper wärmeres oder kühleres Wasser zuführen, vielmehr bildet sich im Moorbade um den Badenden eine Art Isolirschicht, welche den Körper vor der Berührung mit der übrigen wärmeren oder kälteren Masse schützt. Auf diesen Momenten beruht denn auch die Beobachtung, dass im indifferent warmen (35° C.) und kühleren Moorbade die ersten 10 bis 20 Minuten die Temperatur der Haut sinkt, in der Achselhöhle jedoch ansteigt. Nach dieser Zeit bemerkt man ein Ansteigen der Hauttemperatur, was bis 2° C. betragen kann, während entsprechend im Körperinneren die Temperatur um $^1/_{10}$—$^2/_{10}$° sinkt. Diese Umkehr im Temperaturgange trifft zusammen mit dem Zeitpunkte, wo die den Körper umgebende Moorschicht, so viel Wärme vom Körper aufgenommen hat, dass dadurch eine Einschränkung der Wärmeabgabe von der Haut aus eintritt und somit das Ansteigen der Oberflächentemperatur auf Wärmestauung beruht. Damit tritt natürlich eine Erweiterung der Hautgefäße und eine Beschleunigung der Cirkulation ein, und darin allein erkennt J. die specifische Wirkung der weniger als hautwarmen Moorbäder; auf diesen Momenten beruhen auch die von Fellner, Kisch, Makajew beobachteten Veränderungen in der Frequenz des Pulses und dessen Charakter.

J. hat dann des Weiteren nachgewiesen, dass an dieser Eigenschaft des Moorbades nicht die wenigen die Haut reizenden Stoffe des Bades Schuld sind, sondern dass dieselbe lediglich durch die physikalischen Eigenschaften des Moores bedingt sein könne und verurtheilt denn auch die sog. Moorlauge, eine koncentrirte Lösung der löslichen Stoffe des Moor zur Bereitung künstlicher Moorbäder. Ein Ersatz für Moor ist nur ein gleichdicker Brei von Kleie oder Schlempe, der die physikalischen Eigenschaften des Moores besitzt.

A. Frey (Baden-Baden).

Kasuistische Mittheilungen.

4. Pick. Der respiratorische Gaswechsel gesunder und erkrankter Lungen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat bei einer großen Zahl gesunder Individuen wie andererseits bei Lungenkranken den respiratorischen Gaswechsel mittels eines von v. Fleischl konstruirten Spirometers zu bestimmen gesucht. Die diesbezüglichen Untersuchungen ergaben, dass, ausgenommen jene Fälle, in welchen Zeichen von Dyspnoe bestanden, das in der Zeiteinheit in- resp. exspirirte Luftquantum annähernd dasselbe bleibt, wie es bei denselben Individuen im gesunden Zustande der Fall wäre, und zwar so, dass auch hier ein frequenteres Athmen mit einer Verflachung, ein langsameres Athmen hingegen mit einer Vertiefung der Athemzüge einhergeht.

Peiper (Greifswald).

5. v. Ziemssen und v. Maximowitsch. Studien über die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen. (Aus dem med.-klin. Institute zu München.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. Hft. 1 u. 2.)

6. Heigl. August Wittmann's freigelegtes Herz.

(Ibid.)

Verff. haben Gelegenheit gehabt, bei einem 14jährigen Knaben, dem 3 Jahre vorher wegen eines Fibrosarkoms ein großer Theil der linksseitigen Rippenwand resecirt worden war, die Bewegungsvorgänge des Herzens zu studiren und mittels eines Edelmann'schen Apparates für elektrische Zeitmessung beim gleichzeitigen Gebrauch des Ludwig'schen Kymographions und anderer Apparate zur graphischen Darstellung zu bringen. Es gelang so, ein genaues Kardiogramm des Spitzenstoßes aufzunehmen, die Herztöne und Klappenschlüsse scharf zu markiren und die zeitliche Dauer der einzelnen Phasen der Herzrevolution zu bestimmen; da durch die beigefügten Diagramme die erhaltenen Resultate am besten illustrirt werden, so muss hinsichtlich derselben auf die Originalarbeit verwiesen werden. Hervorgehoben sei hier nur, dass die Herzfüllungszeit, die Herzpause und Vorhofskontraktion, deren Dauer schon unter normalen Bedingungen ganz außerordentlich wechselt, ja nach der Frequenz der Herzaktion, wesentlich beeinflusst wird durch die Respiration. Außerdem wurde die Dauer der einzelnen Herzphasen einer Prüfung unterzogen unter dem Einflusse von Alkohol, Chloralhydrat und Digitalis und es ergaben sich dabei Differenzen, welche sich viel beträchtlicher gestalteten als die im Normalzustande durch Respiration und Frequenz der Herzaktion bedingten; besonders trat auch dabei wieder die große Variabilität der Dauer der Herzfüllungszeit hervor.

In Bezug auf die Erklärung der cirkulationsregulirenden Wirkung der Digitalis legen die Verff. nach ihren Ergebnissen das Hauptgewicht auf die Verlängerung der Einströmungszeit, d. h. auf die vollständigere Füllung von Vorhof und Ventrikel. —

H. liefert einen Nachtrag zu der vorstehenden Arbeit, indem er die Geschichte der Operation schildert und außerdem seine Beobachtungen über die normalen Bewegungen des Herzens an dem betr. Pat. darstellt. Durch die lange Zeit dauernde Narkose war die Frequenz der Herzthätigkeit ziemlich bedeutend herabgesetzt, so dass die Möglichkeit gegeben war, die einzelnen Phasen der Herzbewegung, den Herzschlag, die Rotationsbewegung des Herzens und die Bewegung der Herzspitze genau zu verfolgen. Seine Resultate lassen sich dahin zusammenfassen, dass der Spitzenstoß durch Lokomotion der Herzspitze bei der Systole erzeugt wird, und dass die Bewegung der Herzspitze entsteht durch die Kontraktion der Ventrikel in Verbindung mit der Rotationsbewegung. Die Spitzenbewegung an sich ist nur als Theil der systolischen Rotationsbewegung anzusprechen. Die Linie des Weges,

den die Herzspitze bei Erzeugung des Spitzenstoßes zurücklegt, geht von hinten links und unten nach vorn, rechts und oben.

Der Arbeit sind ebenfalls Kurven der Herzaktion und gleichzeitig aufgenommene Athmungskurven beigegeben. **Markwald** (Gießen).

7. Hirsch (Hannover). Neueres über Rheumatismus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

In dem vorliegenden Aufsatze bringt H. die wichtigeren neueren Anschauungen über den Rheumatismus zur Darstellung, indem er an der Hand der einschlägigen neueren Litteratur die Ätiologie, Pathogenese und Pathologie bespricht, während die Therapie erst in einem späteren Aufsatze zur Besprechung kommen soll. Mit einigen Worten geht er auch auf die Begriffsbestimmung ein. In Betreff der Ätiologie kommt H. auf Grund der bekannt gewordenen Thatsachen zu den Schlüssen: dass der akute Gelenkrheumatismus keine Erkältungskrankheit, vielmehr den miasmatischen Infektionskrankheiten zuzurechnen sei. Und zwar zeigt es sich, dass der akute Gelenkrheumatismus zu bestimmten Zeiten epidemieartig auftritt, und zwar bei Abnahme der Niederschläge, während bei Zunahme derselben die Zahl der Erkrankungen eine Verminderung erfährt, dass ferner der akute Gelenkrheumatismus eine Hauskrankheit ist, deren Virus im Untergrunde bestimmter Häuser enthalten ist, welches zu gewissen Zeiten (bei Trockenheit des Untergrundes) in die Wohnungen durch den Luftstrom gelangen wird. Im gleichen Kapitel wird der Zusammenhang von Chorea und Rheumatismus besprochen und darauf hingewiesen, dass nach den Beobachtungen von Edlefsen und Munk fast sämmtliche in Kiel beobachtete Fälle von Polyarthritis scarlatinosa in Gelenkrheumatismushäusern aufgetreten sind. **Seifert** (Würzburg).

8. Pauschinger. Ein Fall von Antifebrinvergiftung.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 19.)

Ein 34 Jahre alter sehr kräftiger Mann nahm, weil er zu fiebern glaubte, alle Stunden 1 g Antifebrin. Nach Verbrauch von 5 g wurde er von profuser Diarrhoe befallen, während gleichzeitig unter Prostration der Kräfte Blaufärbung der Haut und Schleimhäute auftrat. Der Urin gab Anilinreaktion. Die Genesung nahm etwa 10 Tage in Anspruch. **G. Sticker** (Köln).

9. E. Schäffer. Zur Kasuistik der Oxalsäurevergiftungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 23.)

Ein 19 Jahre alter Mensch nahm nach dem vorhergehenden Genuss von drei Gläsern Bier, einer Tasse Kaffee, nebst Brot und Käse eine große Menge Kleesäure (für 25 Pfennige). Bereits wenige Minuten später trat starkes Würgen und Erbrechen ein, dabei heftiger Schmerz im Hals und im Leib. Obwohl der herbeigerufene Arzt sofort den Magen mit reichlichen Wassermengen ausspülte, war nach Verlauf einer halben Stunde ein schwerer Collaps mit kleinem unregelmäßigen, seltenem (48 per Minute) Pulse und oberflächlicher langsamer (10—12) Athmung zu konstatiren. Das Sensorium war benommen; die livid verfärbten Finger und Zehen gefühllos; starke Hyperhydrosis an den anästhetischen Handtellern und Fußsohlen, klonische und tonische Krämpfe an den oberen und unteren Extremitäten; Sehnen- und Periostreflexe hochgradig gesteigert. Nach Anwendung analeptischer Mittel (Kampher subkutan, Kaffee) Aufhellung des Sensoriums etwa 4 Stunden nach der Vergiftung. Urindrang, Eiweiß und Cylinder im Urin; am anderen Tage reichliche Krystalle von Kalkoxalat, Auftreten einer reducirenden Substanz im Urin. Vom 4. Tage ab Schwinden der sensibeln und motorischen Störungen, Nachlass der Nierenreizung. Nach einer Woche nur mehr geringe gastrische Störungen. Genesung am Ende der zweiten Woche.

G. Sticker (Köln).

10. Mehring. Über Amylenhydratverordnung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juli.)

M. empfiehlt nicht nur aus eigener Erfahrung, sondern auch nach zahlreichen Veröffentlichungen Anderer das Amylenhydrat als Hypnoticum. Es ist in der

letzten Zeit bedeutend billiger geworden. Besonders empfehlenswerth ist seine Einnahme in einem Weinglase Bier. Nur Kahlbaum'sche Präparate sind brauchbar.

Rosin (Breslau).

11. Pinner. Zur Frage von der Resorption des Quecksilbers im thierischen Organismus.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juli.)

P. kommt auf Grund experimenteller und mikroskopischer Untersuchungen zu dem Resultate, dass das mit grauer Salbe auf der Haut verriebene Quecksilber durch die Haut allein aufgenommen wird, wenn die eingeriebenen Hautstellen luftdicht bedeckt werden und dass das Quecksilber in Form feinster Kügelchen in die Haarbälge und Drüsen dringt, von dieser Stelle aus ins Blut gelangt und schon 24 Stunden nach der Inunktion im Harn und Fäces chemisch nachgewiesen werden kann.

Rosin (Breslau).

12. Seymour J. Sharkey. A fatal case of tumour of the left auditory nerve.

(Brain 1888. April.)

Tumor von über Kastaniengröße in der linken hinteren Schädelgrube, der, vom linken N. acusticus ausgegangen, nur mit diesem in organischer Verbindung stand und sich in den Winkel zwischen Brücke 'und Kleinhirn hineingeschoben hatte; inneres Ohr gesund. Die ersten Symptome waren Schwindel (Scheinbewegung der Objekte nach links), linksseitige Taubheit und Ohrensausen. Das Bestehen von Stauungspapille ermöglichte die Differentialdiagnose von Menière'scher Krankheit.

Tuczek (Marburg).

13. A. Voisin. Curabilité de la paralysie générale des aliénés.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Mai 15.)

Verf. theilt zunächst 7 in der französischen Litteratur sich findende Fälle von Heilung der progressiven Paralyse mit und schließt daran 4 ausführlich beschriebene eigene Beobachtungen. Diese 4 Kranken boten ausgesprochene schwere Symptome der allgemeinen Paralyse (bei einem derselben fehlten allerdings Sprachstörungen) und gelangten unter allmählichem Zurückgehen der Symptome nach Ablauf mehrerer Jahre zur Genesung. Der erste Kranke ist seit 1885 völlig gesund und bekleidet ein hohes öffentliches Amt. Der 2. Kranke steht seit 1880 in guter Gesundheit seinem Geschäfte mit 300 Arbeitern vor. Der 3. Kranke erfreut sich trotz eines schweren Unglücks in seiner Familie und großer finanzieller Verluste voller Gesundheit. (Er wird von V. als genesen in der Klinik demonstrirt.) Der 4. Fall, eine Frau, genas 1878, allerdings mit einer leichten Ungleichheit der Pupillen.

Bei den beiden letzten Fällen vermissen wir die Angabe, ob die »geheilten« Kranken wieder im Stande waren, in ihrem Berufe in alter Weise produktiv thätig zu sein. Zum Schlusse fordert V. auf, ja bei keinem Paralytiker einen therapeutischen Versuch zu unterlassen, spricht sich aber nicht bestimmt darüber aus, ob er den günstigen Erfolg auf die in den 4 Beobachtungen erwähnte und früher viel geübte Behandlungsmethode mit Vesikatoren, Glüheisen, kalten Bädern und Duschen und Ergotin bis zu 50 cg pro die zurückführt.

A. Cramer (Eberswalde).

14. E. Konrád. Suggestionshypnose und Verrücktheit.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 37.)

K. beschreibt hier einen Fall von chronischer Verrücktheit, wo die Wahnidee darin bestand, dass der 36jährige Pat. glaubte, er würde von der Ferne aus hypnotisirt. Bekanntlich sind Wahnideen außerordentlich abhängig von Zeitumständen und sensationellen Vorgängen. Hätte Pat. von Hypnotismus nichts gewusst, so

wären wahrscheinlich andere Wahnvorstellungen bei ihm aufgetreten, so dass der Hypnotismus nicht als Ursache der Krankheit betrachtet werden kann. Wie gegewöhnlich, so vermochte man auch hier durch keine logischen Gründe den Pat. von seiner Wahnvorstellung zu heilen. Im Anschluss an diesen Fall bespricht K. das Verhältnis von Hypnose und Verrücktheit; er gelangt hierbei, sonderbarerweise ohne Rieger zu citiren, zu demselben Resultate wie dieser, der bekanntlich die Hypnose für einen Zustand der Verrücktheit erklärte.

Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, dass auch der Ref. einen ähnlichen Fall von chronischer Verrücktheit beobachtete. Es handelte sich um eine 54jährige Dame, bei der gleichfalls die Idee, aus der Ferne hypnotisirt zu werden, die Wahnvorstellung bildete. **A. Moll** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

15. **A. Forel** (Zürich). Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung.

Stuttgart, **Ferd. Enke**, 1889. 88 S.

Das Buch von F. enthält eine kurze, aber umfassende Darstellung aller wesentlichen Erscheinungen des Hypnotismus. Die Beziehungen desselben zur Medicin und zur Jurisprudenz werden in ausgezeichneter Weise erörtert. Es giebt wohl nur wenige Bücher auf dem Gebiete des Hypnotismus, bei deren Lektüre man einen so großen Genuss findet, wie bei der des obigen Buches; was die Klarheit der Schreibweise anlangt, so dürfte F. von Niemand übertroffen werden. Was speciell die therapeutische Verwerthung des Hypnotismus betrifft, so ist es für den Arzt nöthig, »sich mit großer Geduld, mit Konsequenz und mit Erfindungsfähigkeit zu bewappnen. Daher ist auch nicht jeder Arzt geeignet, hypnotische Heilversuche auszuführen«. Unter den Krankheiten, die besonders für die hypnotische Behandlung geeignet sind, erwähnt F. u. A.: Schlaflosigkeit, Menstruationsstörungen, Appetitlosigkeit, Alkoholismus, Morphinismus, Rheumatismus, Stottern, neurasthenische, hysterische Störungen etc. F. vertritt in seinem Buche ganz und gar den Standpunkt der Schule von Nancy; er versucht es, die Behauptungen der Charcot'schen Schule, so wie der Mesmeristen mittels einer streng logischen Beweisführung zu widerlegen. F.'s Buch kann Jedem empfohlen werden, der ein anregend geschriebenes Buch zur Einführung in das Studium des Hypnotismus lesen will. **A. Moll** (Berlin).

16. **A. W. van Renterghem** et **F. van Eeden.** Clinique de Psychothérapie suggestive. Compte rendu des résultats obtenus pendant la première période bisannuelle 1887—1889.

Bruxelles, 1889. 92 S.

Die Verff., denen das Verdienst gebührt, in Holland für die Ausbreitung der Suggestivtherapie gewirkt zu haben, geben in der genannten Arbeit einen Gesammtbericht über die Resultate, welche sie während zweier Jahre mittels der Suggestivtherapie erreicht haben. Auffallend ist der außerordentlich hohe Procentsatz der für die Hypnose empfänglichen Personen. Unter 414 Personen fanden sich nur 15, d. h. 3,63%, vollkommen refraktär. Erwähnt seien die von den Autoren angegebenen Kontraindikationen gegen die hypnotische Behandlung. Man solle auf dieselbe verzichten, besonders bei Personen, die sich vor der Hypnose fürchten, zweitens bei ausgesprochener Geistesstörung, drittens bei gewissen hysterischen Personen, bei denen die Hypnose nicht sowohl zu einer Beruhigung, als vielmehr zu einer größeren Erregung führt. Unter den zahlreichen hypnotisch behandelten Krankheiten zeigten die besten Resultate gewisse funktinonelle Neurosen, deren genauere Aufzählung an dieser Stelle zu viel Raum in Anspruch nehmen würde.

A. Moll (Berlin).

17. Brehmer. Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889. 374 S.

In dem stattlichen Bande findet sich neben dem ärztlichen Bericht eine Anzahl von Mittheilungen aus dem Laboratorium der Anstalt.

In ersterem entwickelt B. neben der Beschreibung der Anstaltseinrichtungen seine Anschauungen über Therapie der Phthisis, welche aus seinen früheren Arbeiten als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Von den 554 Kranken des Jahres 1888 hatten 89% einen Kurerfolg (als »geheilt und relativ geheilt« werden 21,6% bezeichnet), hingegen starben, bezw. wurden ohne Erfolg behandelt 11%. Nur 8,8% der Pat. befand sich bei dem Eintritt noch im ersten Stadium (Infiltration ohne Kavernenbildung).

Von den Arbeiten aus dem Laboratorium sei zunächst die Wendriner's erwähnt; er empfiehlt bei der Zuckerbestimmung im Harn mittels Titration mit Fehling'scher Lösung Natronlauge im Überschuss zuzusetzen, um hierdurch die Endreaktion präciser zur Erscheinung zu bringen. Ferner berichtet B. über die Verschiedenheit der Windstärke in einem und demselben Thal, bedingt durch die lokale Gebirgsformation. Polyák sah von Fluorhydrogensäureinhalationen bei fünf Kranken ungünstige Wirkung; Stachiewicz rühmt die Milchsäurebehandlung bei Kehlkopfschwindsucht, Stroschein räth zur Erleichterung des Bacillennachweises das tuberkulöse Sputum nach kräftigem Schütteln mit Borsäure-Boraxlösung sedimentiren zu lassen (nach Untersuchung des Ref. nur bei bestimmter Beschaffenheit des Sputums erfolgreich anzuwenden!). Schließlich theilt — von einigen kleineren Arbeiten abgesehen — Wyssokowitsch Versuche über die Passirbarkeit der Lungen für die Bakterien mit. Er führte nach verschiedenen Methoden Bakterien von der Trachea aus in die Lunge ein und kommt hierbei wesentlich zu folgenden Schlüssen: es können die Bakterien, saprophytische sowohl wie pathogene, unter Umständen Extravasate und Splenisationsherde erzeugen; die Saprophyten gehen meist in die Bronchialdrüsen über, die pathogenen Bakterien nur selten (wohl in Zusammenhang mit ihren gewebsreizenden Eigenschaften); aus intaktem Lungengewebe gehen Bakterien, die darin nicht wachsen und sich vermehren, unter keinen Umständen ins Blut über. **H. Neumann** (Berlin).

18. J. B. Berkart. On bronchial Asthma, its pathology and treatment. Zweite Auflage.

London, 1889. 208 S. mit 7 z. Th. kolor. Taf.

Der Inhalt des Buches wird in folgende Kapitel eingetheilt: Übersicht über die Pathologie des Bronchialasthmas, klinische Geschichte desselben, pathologische Anatomie, Pathologie, Ätiologie, Komplikationen und Folgezustände, Diagnose, Verlauf und Prognose, Behandlung. Eigene Beobachtungen, eigene bakteriologische Untersuchungen (zum Theil ausgeführt mit Hilfe von F. Hüppe in Wiesbaden), kritische Besprechungen und eine reichhaltige Litteratur füllen diese 9 Kapitel aus. Der Verf. neigt zu der Anschauung, dass Mikroorganismen die Ursache der Erkrankung sind, spricht sie allerdings nur mit Reserve aus. »Nirgend wo, sagt er, sind die Bedingungen so günstig für die Erwerbung und für die Energie solcher aggressiver Einflüsse als in den Dispositionen, die zum Asthma führen. Die Auswanderung von Leukocyten zwischen dem Drüsengewebe des Pharynx (Ph. Stöhr) ist hier stärker wie sonst in der Norm. In der organischen Materie, welche sie liefern, findet der Streptococcus, begünstigt durch die Temperatur des Mundes, ein fertiges Nest für sein Weiterwuchern, und sein späteres Weiterdringen begegnet nur wenig Widerstand seitens des ihm bequemen Epitheliums.« Für B. ist das sog. Heufieber nichts als eine »abortive Form von Asthma und hervorgerufen durch dieselben prädisponirenden und dieselben erregenden Ursachen«. Die bekannte, auch in die deutschen Lehrbücher übergegangene Pollentheorie des Homöopathen Blackley verwirft er unter Beibringung auf Thatsachen fußender Gründe (vgl Patton in Virchow's Arch. 1877, Bd. LXIX, p. 531). Gemäß der Auffassung des Autors von dem Wesen des Asthmas ist

die örtliche Anwendung von Antimykoticis, besonders Borax, sehr empfohlen, aber auch alle anderen möglichen Maßnahmen der Behandlung werden kritisch besprochen. Dass B. die Belladonna dabei nur unter die Herzerregungsmittel zählt und nichts von den trockenlegenden Eigenschaften des Atropins erwähnt, dass er dem Rauchen der Stechapfelblätter nur die Eigenschaft zuschreibt, Husten zu erregen und damit die Bronchien von dem sperrenden Schleim zu befreien, ist bei der großen Belesenheit des Verf. einigermaßen zu verwundern. Es erklärt sich vielleicht aus der Thatsache, dass die englischen Praktiker überhaupt den Fortschritten der neueren Pharmakologie nur wenig Beachtung schenken; halten doch heute noch die meisten z. B. an der längst als unrichtig erwiesenen Ansicht fest und tadeln den, der es leugnet, das Chinin wirke im Fieber als direktes »Tonic« auf das Nervensystem. Doch das nur beiläufig. Jedenfalls haben wir in B.'s Abhandlung über das Bronchialasthma ein schönes und sehr beachtenswerthes Buch vor uns. **C. Binz** (Bonn).

19. C. Liebermeister. Gesammelte Abhandlungen.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1889. 454 S.

In diesem Bande übergiebt der hochgeschätzte Verf. dem ärztlichen Publikum eine Sammlung von Abhandlungen und Vorträgen, welche, obwohl sämmtlich bereits publicirt, nichtsdestoweniger auch heute noch das gleiche Interesse des Lesers zu erregen geeignet sind, als zur Zeit ihrer ersten Veröffentlichung. Es sind Arbeiten, die zugleich Zeugnis ablegen von dem Entwicklungsgang des Autors, von den Ideen, die ihn als Forscher und Arzt vorwiegend beschäftigten, und die von ihm verfolgt nicht bloß zu einer reichen Ausbeute wissenschaftlicher Thatsachen geworden sind, sondern auch Anderen Anregung zum Fortschreiten auf derselben Bahn gewährt haben. Gleich der erste der hier zum Abdruck gelangten Aufsätze, eine akademische Antrittsrede über die Ursachen der Volkskrankheiten aus dem Jahre 1865 hebt in prägnanter Weise den weit ausschauenden Standpunkt hervor, welchen L. gegenüber der Lehre vom Contagium vivum und der Specificität der Ursachen der kontagiösen Krankheiten zu einer Zeit bereits einnahm, in welcher selbst die kühnsten Erwartungen hinter den später erzielten Fortschritten der ätiologischen Forschung zurückbleiben mussten. Mit vollem Recht kann daher der Verf. in dem Vorwort zu diesen gesammelten Abhandlungen sagen, er »habe das Glück gehabt, dass manche Anschauungen und manche Ergebnisse von Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen, welche zur Zeit ihrer ersten Veröffentlichung lebhaften Widerspruch hervorgerufen haben, im Laufe der Jahre immer mehr zur Anerkennung gekommen sind«. Ganz besonders gilt dies auch von L.'s Untersuchungen über das Verhalten der Wärmeproduktion unter physiologischen und pathologischen Bedingungen, welche später von ihm in seinem Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers (Leipzig 1875) nochmals zusammengefasst wurden und hier sich in Gestalt der ursprünglichen Originalarbeiten präsentiren. Außerdem enthält der vorliegende Band einige wichtige Aufsätze über die Ätiologie des Abdominaltyphus, die Verbreitung desselben durch Trinkwasser, über die Anwendung der Diaphorese beim chronischen Morbus Brightii etc. Die Anordnung ist nicht eine rein chronologische, sondern nimmt auf die Natur der behandelnden Gegenstände Rücksicht, wodurch der natürliche Zusammenhang gewahrt und dem Leser die Übersicht erleichtert ist. Am Originaltext wurden nirgend Änderungen vorgenommen; dagegen hat L. in einem besonderen Anhange zu den einzelnen Aufsätzen einige nachträgliche Zusätze und Anmerkungen hinzugefügt, welche theils als Erklärungen dienen, theils wichtige Ergänzungen des dort Gesagten bilden. **A. Fraenkel** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 14. December. 1889.

1. De Giovanni. Prolegomeni di Clinica medica derivanti dalla morfologia del corpo umano.

(Riforma med. 1889. No. 156.)

Ausgehend von dem Gesetz der Abhängigkeit des Organes von seiner Funktion (Darwin) und dem Princip des Gleichgewichtes der Organe (balancement des organes, Bichat) stellt Verf. ein neues Gesetz über die Krankheitsdisposition auf, dem zufolge »die persönliche Beanlagung für Krankheiten in der besonderen Morphologie des Individuums« zu suchen ist.

Alles was im Individuum eine Störung im Gleichgewicht der Organe bewirkt oder eine Anomalie im Process der primitiven Or-

ganentwicklung (Contogenese) bedingt, wird oder kann zur Quelle für Krankheitsanlage werden. In so fern jedes Individuum beständig einer Veränderung in den Grenzen des Gesetzes der morphologischen Korrelation und der äußeren Anpassung unterliegt, kann seine Krankheitsdisposition in verschiedenen Lebensstadien wechseln.

Anhaltspunkte für die Beurtheilung der morphologischen Individualität gewinnt Verf. aus der physiologischen Anamnese, der äußeren Betrachtung und Ausmessung des Körpers.

Die Anamnese hat die Eigenthümlichkeiten, im Ablauf der Funktionen, in den Lebensgewohnheiten, Neigungen und Trieben zu erforschen.

Die Inspektion ermittelt die vorwiegende Entwicklung einzelner Organsysteme, stellt also eine lymphatische, eretische Konstitution fest.

Die Mensuration vergleicht die Wechselbeziehungen in den Maßen des Körpers und seiner Theile, in den Verhältnissen des Skelettes zu den Körperhöhlen, in den Entwicklungen der letzteren und der von ihnen eingeschlossenen Organe.

Für die Methode der Körpermessung stellt Verf. die folgenden empirischen Sätze auf, aus denen der »Typus morphologicus idealis normalis« erhellt:

1) Körperhöhe und größte Spannweite der Arme haben gleiches Maß.

2) Der Thoraxumfang ist gleich der halben Körperhöhe.

3) Die Höhe des Brustbeines beträgt ein Fünftel des Brustumfanges.

4) Die Höhe des Abdomens misst zwei Fünftel des Brustumfanges.

5) Der Abstand des Schwertfortsatzes vom Nabel ist gleich dem Abstand des letzteren von der Symphyse.

6) Der Abstand beider Darmbeinschaufeln (Spin. ant. sup.) beträgt vier Fünftel der Bauchhöhe.

7) Die Stärke der rechten Faust (größter Umfang durch das Messband aufgenommen) ist gleich dem Umfang der Herzbasis.

8) Die Länge der rechten Herzkammer übertrifft den Umfang der Herzbasis um 1 cm, die Länge der linken Kammer denselben um 2 cm. Je größer der Körper des Brustbeins im Verhältnis zum Manubrium ist, desto größer ist das Herz; je länger das Manubrium, je weiter die Intercostalräume sind, desto geringer ist die Aortenlichtung, desto länger die aufsteigende Brustaorta.

Die Abweichungen von diesem Grundtypus, die morphologischen Kombinationen sind zahllos, lassen sich aber bestimmten Gruppen unterordnen, deren Beziehung zu gewissen Krankheitsanlagen Verf. in einer späteren Erörterung darzulegen verspricht.

(Man erinnere sich der von Rokitansky, Beneke, Brehmer u. A. hervorgehobenen Beziehungen eines kleinen Herzens, einer

großen Lunge, enger Gefäße etc. zur Lungenphthise. Vgl. auch Campbell, The causation of disease. London, 1889. Ref.)

G. Sticker (Köln).

---

2. C. Gottbrecht. Über die fäulniswidrige Eigenschaft des Ammoniaks.

(Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 5 u. 6. p. 385.)

Bereits 1863 hatte Richardson durch einige Versuche die fäulniswidrige Kraft des Ammoniak bewiesen. G.'s Nachuntersuchungen mit in 5% und 8% wässerigem Ammoniak konservirten Kaninchenföten zeigten letztere noch nach 10 Monaten keimfrei, denn keine einzige Impfung auf sterilisirter Gelatine ging an. Statt des freien Ammons benutzte R. weiterhin das kohlensaure Ammoniak. Versuche mit wechselnden Koncentrationen zeigten, dass der Eintritt der Fäulnis bei den schwächeren Koncentrationen direkt von letzteren abhing. So begann in 1%iger Lösung die Fäulnis bereits nach 3 Tagen, bei 10%iger erst nach 60 Tagen.

Um bereits üppig wachsende Fäulniskulturen in ihrer Existenz derart zu schädigen, dass sie schließlich zu Grunde gehen, genügten Koncentrationen von 5%. Bei 2,5% führten die Bakterien nur eine kümmerliche Existenz. Die gleichen Verhältnisse zeigten sich auch bei Nährböden von 5% resp. 2,5% Gehalt an Ammoniumkarbonat. Bei den schwächsten Koncentrationen 1—2,5% zeigte sich sogar eine deutlich verstärkte Fäulnis gegenüber dem Kontrollansatz ohne Ammoniak. Dass nicht die stärkere Alkalescenz der mehrprocentigen Ammoniaklösungen die Ursache sein konnte, welche die Bakterien schließlich tödtete, bewiesen Kontrollversuche mit Sodalösungen von gleicher Alkalescenz. Eine mit Ammoniumkarbonat imprägnirte Atmosphäre erwies sich für die Entwicklung der Eiweißfäulnis gleichfalls ungeeignet, da Fleischstücke, Organe etc. ein fast unverändertes Aussehen in einer solchen Atmosphäre noch nach 6 Monaten zeigten. Dagegen war es nicht mehr möglich, bereits in Fäulnis begriffenes Material von der Oberfläche aus zu desinficiren. G. vergleicht die Thatsache, dass das Ammoniak, als Produkt der Eiweißfäulnis den Urhebern derselben selbst schädlich werden kann, mit der bekannten Thatsache, dass der Alkohol, das Produkt der alkoholischen Gährung, in bestimmter Koncentration der Hefe eben so schädlich wird, wie dasselbe bei der Milchsäure- und Buttersäuregährung der Fall ist. Es ergiebt sich somit auch für Ammoniak die Gültigkeit des Satzes, dass alle Produkte des Stoffwechsels lebender Organismen ihren Producenten selbst schädlich werden müssen, sobald ihre Quantität ein gewisses, für die einzelnen Fälle zulässiges Maß überschreitet.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

3. Paul Kaufmann. Über den Einfluss des Digitoxins auf die Entstehung eitriger Phlegmone.

(Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 5 u. 6. p. 397.)

Bei der Vervollkommnung der Antiseptik hatte sich allmählich die Anschauung ausgebildet, dass Eiterung überhaupt nur unter Mitwirkung von Mikroorganismen entstehen könne; erst die Arbeiten der allerneuesten Zeit bewiesen, dass man durch eine Anzahl ätzender Substanzen wie Terpentinöl, Krotonöl etc. »aseptische Eiterung« bewerkstelligen könne. K. prüfte von dem gleichen Gesichtspunkte aus eine frühere Angabe von Koppe, wonach das Digitoxin (ein chemisch indifferenter, aber äußerst giftiger Körper aus den Digitalisblättern) schon in kaum wägbaren Mengen im Stande sei, »heftige lokale Veränderungen der Gewebe hervorzurufen«, so dass an der Applikationsstelle phlegmonöse Entzündung mit darauffolgender Vereiterung niemals ausblieb. — Durch die minutiöseste Beobachtung aller derjenigen Kautelen, welche die heutige Bakteriologie verlangt, konnte K. den sicheren Beweis führen, dass es sich bei der Digitoxin-Entzündung und Eiterbildung um eine völlig ohne Bakterien verlaufende Gewebserkrankung handelt. K. theilt eingehend mit, wie er die Injektion streng aseptisch vollzog, wie er sich ferner durch Impfversuche auf Gelatine und Agar davon überzeugte, dass die injicirte Flüssigkeit steril war. Die Bakterienfreiheit des Eiters wurde sowohl durch Impfversuche auf Gelatine und Agar als auch durch die mikroskopische Untersuchung des Eiters im gefärbten und ungefärbten Zustand festgestellt. Ferner wurde durch passende Färbemethoden die Bakterienfreiheit der benachbarten Gewebe dargethan.

Die Ergebnisse von 13 derartigen Digitoxininjektionen hat K. in einer Tabelle übersichtlich zusammengestellt.

Von den verschiedenen Symptomen der Entzündung fielen die Schwellung und Schmerzhaftigkeit am meisten in die Augen. Aus dem mikroskopischen Befund von nur relativ wenigen gefärbten Leukocytenkernen (auch nach längerer Einwirkung kernfärbender Tinktionsmittel) schließt K. auf das Vorhandensein einer ausgedehnten Nekrose. Ferner fanden sich hyalinartig glänzende Stränge, Klumpen oder Schollen; an den betreffenden Stellen war die Gewebsstruktur zum größten Theil verloren gegangen. In einem Falle, wo bestimmt »Hyalin« vorlag, stellte K. als der Erste einen weiteren, wichtigen Differenzpunkt zwischen dem »Hyalin« und dem »Amyloid« fest, denn bei Anwendung der Kühne-Ewald'schen Verdauungsmethode konnte K. an seinen Gewebsschnitten die Verdaulichkeit des Hyalins gegenüber der Nichtverdaulichkeit des Amyloids darthun. Genau wie das Hyalin in diesen Entzündungsherden verhielt sich auch das Hyalin in pathologischen Nieren, so wie das Schilddrüsenkolloid. Außerdem fanden sich in dem entzündeten Gebiet auch schon makroskopisch erkennbare käsige Herde.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

4. Holschewnikoff. Über die Bildung von Schwefelwasserstoff durch Bakterien.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 6.)

Die aus dem Hüppe'schen Laboratorium hervorgegangene Untersuchung enthält sehr wichtige Beobachtungen über die Bedingungen der Gährung und Fäulnis. Zur Verwendung kamen zwei bei Wasseruntersuchungen gefundene Organismen, von denen der eine in Folge seiner Übereinstimmung mit Proteus vulg. Hauseri als Proteus sulfureus, der andere — ein fakultativ aërober Bacillus, der nur bei Luftabschluss eine rothe Farbe bildet — als Bacter. sulfureum bezeichnet wird. Das Wachsthum dieser Organismen und ihre Fähigkeit, Schwefelwasserstoff zu bilden, zeigte nun in einer bisher nicht bekannten Weise Abhängigkeit von den Verhältnissen der Nährsubstrate. In das ganze rohe Ei eingeimpft, vermehrt sich Prot. nicht, während sich durch Bact. sulf. nach 3—4 Tagen SH_2 bildet. Beide Bakterien bilden bei Luftzutritt auf dem rohen Eiweiß vom 5. Tag an wenig, auf rohem Eigelb vom 2. Tag an sehr viel SH_2, hingegen auf dem gekochten Eiweiß nach 24 Stunden viel, auf gekochtem Eigelb nur wenig SH_2. Es verhalten sich also die steril aufgefangenen und chemisch unveränderten und die durch hohe Temperatur sterilisirten und chemisch veränderten Albuminate fast entgegengesetzt, was nach Hüppe zwingend darauf hinweist, neben den chemisch veränderten auch die chemisch unveränderten rohen Albuminate zu Kulturversuchen zu benutzen. Die Versuche wurden ferner mit flüssigem und coagulirtem Blutserum, mit coagulirtem ganzen Blut, mit gewöhnlicher Kochsalz-Pepton-Bouillon, mit Pepton-Fleischextrakt-Lösung, mit Milch und mit Kaseïn bei Luftabschluss (durch Überschichtung mit Öl) oder bei Luftzutritt, bei Zimmer- oder Bruttemperatur, angestellt. Es fand sich, dass der Nährboden das bestimmende Moment für die Zersetzungen war, der Luftzutritt oder -Abschluss je nach dem Nährboden aber einen so wechselnden Einfluss auf dieselben ausübte, dass der Grund für die Anaërobiose offenbar im Bakterienprotoplasma selbst zu suchen ist (Hüppe).

Bei der Verwendung von Urin, eventuell mit Zusatz von Schwefelverbindungen, zeigte sich, dass das Bact. sulf. ihn unter Bildung von SH_2 zersetzte. Die Bildung von SH_2 von Seiten der Bakterien erfolgt entweder durch Reduktion von oxydirtem Schwefel, oder als Nebenprodukt bei der Spaltung komplexer S-haltiger Moleküle; vielleicht kann unter Umständen dasselbe Bacterium beide Vorgänge bewirken.

Bei Zusatz von Trauben- oder Milchzucker zu peptonhaltiger Bouillon entstand durch Umwandlung des Zuckers in Säure zunächst saure Reaktion und erst nach Bindung der Säure durch gleichzeitig von den Bakterien erzeugtes Ammoniak konnte die Bildung von Schwefelwasserstoff vor sich gehen. Es kann also dieselbe Bakterien-

art je nach dem Substrate stinkende und nicht stinkende Fäulnis bewirken.

Natriumhyposulfit wurde je nach der Bakterienart bei Luftzutritt oder -Abschluss reducirt, woraus hervorgeht, dass stinkende Fäulnis eben so gut unter Umständen bei Luftzutritt wie bei Anaërobiose vorkommt.

H. Neumann (Berlin).

---

5. **Uffelmann.** Die Dauer der Lebensfähigkeit von Typhus- und Cholerabacillen in Fäkalmassen.

(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1889. No. 15 u. 16.)

Verf. giebt einleitend einige Beobachtungen, in denen von Dunghaufen, resp. einer Abortgrube, in welche vor längerer Zeit Exkremente Typhuskranker entleert waren, Infektionen ausgingen. In Anbetracht der Wichtigkeit dieses Ansteckungsmodus trat er der Frage über die Lebensdauer der Typhus-, bez. Cholerabacillen in Fäkalien experimentell näher, indem er menschliche Ausleerungen von verschiedenartiger Beschaffenheit mit Kulturen der erwähnten Bakterien vermischte, diese Masse bei niedriger oder Zimmertemperatur aufbewahrte und den Zeitpunkt zu ermitteln suchte, in dem die erwähnten Bakterien bei Anwendung der bekannten Methoden nicht mehr nachweisbar waren.

Für den Cholerabacillus fand sich, dass er bei reichlicher Anwesenheit und bei einer höheren Temperatur (17—22,5° C) höchstens 4 Tage in den Fäkalien lebensfähig bleibt, unter weniger günstigen Verhältnissen aber schon früher abstirbt. Im Gegensatz zu dem Cholerabacillus war der Typhusbacillus unter entsprechenden günstigen Versuchsbedingungen im Stande sich sehr lange Zeit lebensfähig zu erhalten, vielleicht sogar sich zu vermehren: in einem Falle war er noch beim Schluss des Versuches — nach 121 Tagen — in den Exkrementen nachweisbar. Auch aus einem Gemisch von Gartenerde mit typhusbacillenhaltigen Fäces und Urin, welches mehrfach mit Regenwasser übergossen war, war der Typhusbacillus nach $5^1/_2$ Monaten noch nicht verschwunden.

(Ref. erlaubt sich gelegentlich dieser interessanten Experimente, welche die Wichtigkeit der Desinfektion typhöser Exkremente recht sinnfällig demonstriren, darauf hinzuweisen, dass außer den Fäces stets auch der Urin als infektionsfähig betrachtet werden sollte; derselbe enthält in ca. $^1/_4$ der Fälle Typhusbacillen — häufig in ungeheuren Mengen — und zwar bis in die Rekonvalescenz hinein.)

H. Neumann (Berlin).

---

6. **George Thin.** Experimental researches concerning Trichophyton tonsurans.

(Brit. med. journ. 1889. Februar 23.)

Die Sporen von Trichophyton tonsurans behalten ihre Keimfähigkeit 11 Monate lang. Bringt man die von dem Pilz ergriffenen

Haare 7 Tage in Wasser, so erlischt die Keimfähigkeit der Sporen; lässt man sie nur 2 Tage darin, so wächst der Pilz auf Nährgelatine gerade so gut wie bei der Aussaat von trockengebliebenen Haaren. Olivenöl, Fett und Vaseline stören die Keimfähigkeit der Sporen nicht, auch wenn die Haare lange Zeit (im Olivenöl z. B. 27 Tage) in den betreffenden Substanzen gelegen haben. Seifenwasser zerstört die Keimfähigkeit in kurzer Zeit, nach 30 Minuten ist schon fast kein Wachsthum mehr zu erzielen. Flüssige Seife sterilisirte die Haare ebenfalls in 30 Minuten vollständig. Schwefelsalbe und weiße Präcipitatsalbe zerstörten die Keime in wenigen Stunden. Merkwürdig ist, dass Krotonöl die Haare nicht sterilisirte, selbst wenn man dieselben 7 Tage darin liegen ließ. T. erklärt die klinisch feststehende Wirksamkeit des Krotonöls gegen den Pilz durch die Entzündung der Kopfhaut, welche es hervorbringt.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

---

7. **G. Lipari** (Palermo). Contributo sperimentale alla natura infettiva della pneumonite fibrinosa.

(**Morgagni 1888. August, September, Oktober.**)

Aus der umfangreichen Arbeit L.'s, die im Wesentlichen eine Bestätigung der bisherigen Kenntnisse über den Fraenkel'schen Pneumoniecoccus nach eigenen Experimenten enthält, heben wir als neu und nicht nur bakteriologisch, sondern auch klinisch sehr interessant hervor, dass es ihm gelungen ist, experimentell den Einfluss der Erkältung als Gelegenheitsursache für die Entstehung der fibrinösen Pneumonie festzustellen.

Die endotracheale Injektion von pneumonischem Sputum resp. von Pleuraexsudat an einer Pneumokokken-Infektion verendeter Versuchsthiere hatte L. im Wesentlichen ein negatives Resultat ergeben: von 11 Versuchsthieren (8 Meerschweinchen und 3 Kaninchen) starben nur 2 Meerschweinchen, davon nur eins mit pneumonischen Herden, das andere mit unklarem Sektionsbefund (»Lungenkongestion« etc.). Ganz anders stellten sich aber die Resultate, als L. vor oder nach der endotrachealen Injektion die Thiere einem Erkältungseinflusse aussetzte, indem er die durch Laufen warm gemachten Thiere entweder auf 10—20 Minuten in ein Bad von + 3° brachte, oder ihnen auf den rasirten Thorax Äther applicirte. Von 8 so behandelten, wie oben mit pneumonischem Sputum oder Pleuraexsudat endotracheal injicirten Meerschweinchen (5) und Kaninchen (3) starben 6 (3 Meerschweinchen und die 3 Kaninchen) mit deutlichen pneumonischen Infiltraten.

L. nimmt an, dass in Folge der Einwirkung der Kälte eine Lähmung der bronchialen Flimmerepithelien und zugleich durch Fluxion eine Schwellung der Bronchialschleimhaut stattfindet, und dass durch diese beiden Faktoren — die Wirkung des zweiten ist wohl nicht ganz klar, Ref. — das Hinabsinken des infektiösen Materials in die Alveolen begünstigt resp. ermöglicht wird. In gleicher Weise dürfte

der Einfluss der Erkältung auf die Entstehung der Pneumonie beim Menschen zu erklären sein, welcher ja so vielfach Pneumokokken (= Mikrokokken der Sputumseptikämie) in der Mundhöhle auch in gesundem Zustande beherbergt. **A. Freudenberg** (Berlin).

---

8. **Felix Marchand.** Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpern. Ein Beitrag zur Lehre von der entzündlichen Gewebsneubildung. (Mit 4 Tafeln.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. IV. Hft. 1.)

Der Verf. experimentirte mit Schwammstückchen, Stückchen gehärteter (injicirter) Lungen, gehärteter Leber, Kork und Hollundermark, welche in die Peritonealhöhle (meist von Meerschweinchen) eingebracht wurden.

Die Ergebnisse seiner sehr zahlreichen Versuche bezüglich der einzelnen bei der Einheilung betheiligten Gewebe sind im Wesentlichen folgende:

Die Einwanderung von Leukocyten bildet immer den Anfang des Processes, und zwar treten sowohl mehrkernige, wie einkernige Formen auf. Nach dem Inneren der Fremdkörper zu nimmt die Menge der einkernigen Zellen immer mehr ab oder sie fehlen hier (bei Hollundermarkstückchen) vollständig. Der Verf. ist der Ansicht, dass beide Formen genetisch zusammengehören, dass die einkernigen ein früheres, die mehrkernigen ein späteres Lebensstadium darstellen. Den Kernzerfall hält er, selbst wenn eine Theilung des Zellprotoplasma ihn begleitet für einen regressiven Vorgang, und nimmt an, dass eine Theilung in gleichartige lebensfähige Zellen auch bei den Leukocyten nur auf dem Wege der Mitose erfolgt. Ein Theil der in den Fremdkörper eingedrungenen Leukocyten kann wieder auswandern und in den Säftestrom zurückgelangen; die übrigen gehen innerhalb des Fremdkörpers zu Grunde und wahrscheinlich spielt ihr Untergang bei der zur Fixirung der Fremdkörper so wichtigen Fibrinbildung eine wesentliche Rolle.

Die Bildung der Granulations- oder jungen Bindegewebszellen ist ausschließlich auf die präexistirenden Gewebszellen zurückzuführen. Die Bildung derselben beginnt stets an der Peripherie des Präparates und zwar zunächst an der Seite, wo der Fremdkörper mit den Nachbargeweben verbunden ist. Gleichzeitig mit dem Auftreten der jungen Granulationszellen finden sich in den angrenzenden Geweben zahlreiche Kerntheilungsfiguren. Dieselben lassen sich auch im Inneren des Fremdkörpers stets, und zwar meist in unmittelbarem Zusammenhang mit den vordringenden Granulationszellen nachweisen. Für eine Umwandlung der eingewanderten Leukocyten in Granulationszellen lassen sich keine Anhaltspunkte nachweisen.

Die Form der jungen Granulationszellen kann sehr verschieden sein, zweifellos besitzen sie Kontraktions- und Lokomotionsfähigkeit.

Am lebhaftesten scheinen sich die Endothelzellen bei der Zellneubildung zu betheiligen, daneben indess auch sämmtliche übrigen Gewebszellen sowohl die tieferen Bindegewebs- und Fettzellen, als die Gefäßwandungszellen. Die Zellwucherung beginnt nicht vor dem Ende des ersten Tages. Die Bildung der jungen Gefäße erfolgt, wie bekannt ist, durch beständige Proliferation von den Gefäßen der Umgebung aus. Das Hineinwachsen der jungen Zellen in den Fremdkörper erfolgt unabhängig von der Gefäßbildung und geht derselben erheblich voraus.

An den Riesenzellen, welche sich in der Nachbarschaft der Fremdkörper häufig fanden, vermochte der Verf. weder eine Fragmentirung der Kerne noch Mitosen nachzuweisen. Dagegen fand er an Stellen, wo die Bildung von Riesenzellen augenscheinlich lebhaft von statten ging, an den Zellen in der nächsten Umgebung Mitosen und zwar so, dass kaum eine andere Erklärung möglich zu sein schien, als dass die jungen neugebildeten Zellen durch Zusammenfließen Riesenzellen bildeten. Sehr häufig fanden sich in den Riesenzellen eingeschlossene Lenkocyten. Der Verf. gelangt zu dem Resultat, »dass die Fremdkörperriesenzellen aus Elementen hervorgehen, welche ursprünglich von den umgebenden Geweben abstammen, sich Anfangs durch Mitose theilen und mit stets neu hinzutretenden Zellen derselben Art unter gleichzeitiger Aufnahme von Leukocyten und unter eigenthümlicher Erweichung und vakuolärer Umwandlung ihres Protoplasma zu vielkernigen Massen verschmelzen«. Sehr zahlreiche gute Abbildungen illustriren die Ausführungen des Verf.

F. **Neelsen** (Dresden).

---

9. W. Overend. Über den Einfluss des Curare und Veratrins auf die quergestreifte Muskulatur.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. p. 1.)

Bei diesen Untersuchungen hatte sich O. zunächst die Frage zu beantworten gesucht, worauf es beruhe, dass die Kurve von mit Veratrin vergifteten Muskeln häufig zwei Elevationen statt einer zeigt. Diese Erscheinung ist aber nicht etwa nur der Veratrinwirkung allein eigenthümlich, sondern sie kann gelegentlich sich auch am unvergifteten Muskel zeigen, was O., außer durch eingehende Besprechung der Litteratur über diese Frage, auch durch eigene zahlreiche Kurven illustrirt. Da auch nach Curaresirung das Aussehen der Kurve mit ihren zwei Gipfeln sich nicht wesentlich ändert, so muss diese Eigenthümlichkeit der Kurven lediglich von der Beschaffenheit der Muskelsubstanz selbst abhängen und kann nicht an die motorischen Nerven und ihre Endapparate gebunden sein. In einem großen Theil seiner Versuche hat O. die mit Veratrin zu vergiftenden Frösche vorläufig mit Curare vergiftet und nachher erst mit Veratrin, um so die Veratrinwirkung auf den Muskel ganz allein zu erhalten. Da es von vorn herein durchaus nicht auszuschließen war, dass die

Muskelfaser durch Curare gar nicht verändert würde, beschreibt O. zunächst den Einfluss des Curare auf die Muskelsubstanz. Die Form der Curarekurve hatte bei übermaximalen Reizen die doppelte Länge der normalen, bei minimalen und bei maximalen Reizen waren die Hubhöhen niedriger als normal, bei übermaximalen Reizen aber beinahe so hoch wie die normalen. Der Höcker (»Nase«) im aufsteigenden Schenkel des Myogramms blieb auch im curaresirten Zustand erhalten, denn er ist, wie Grützner dargethan hat, durch die Anwesenheit von zwei histologisch verschiedenen Fasergattungen innerhalb desselben Muskels bedingt; es sind dies die weißen oder »flinken« Muskelfasern und die rothen, langsam zuckenden Muskelfasern. Die absolute Kraft der nicht ausgeschnittenen, sondern noch in ihrer natürlichen Cirkulation befindlichen Muskeln erfuhr durch Curare eine beträchtliche Verminderung für den Fall, dass die Anfangsspannung des Muskels sehr gering war. Eben so wirkte auch Kampher, welcher beim Frosch, wie Curare, eine Lähmung der Endplatten hervorrief. Außerdem nimmt die Dehnbarkeit des Muskels durch Curare besonders im Tetanus zu, worauf wohl die Verminderung der absoluten Kraft beruht. Nach tetanischer Reizung des normalen wie des curaresirten Muskels sind die langsam zuckenden »rothen« Muskelfasern verhältnismäßig weniger ermüdet, als die rasch zuckenden »weißen« Fasern. — Veratrin steigert die absolute Kraft, besonders erhöht es die Leistungsfähigkeit der »rothen« Fasern und vermindert ihre Latenzzeit, wie dies am Kaninchen-Soleus bewiesen ist. An den Extensoren zeigt sich die Veratrinwirkung noch deutlicher, wie an den Flexoren. Die Muskelkurven, welche nach Veratrinvergiftung beobachtet werden können, theilt O. in vier verschiedene Formen ein: Die erste stellt ein annähernd rechtwinkliges Dreieck dar, dessen Hypotenuse die Abscisse der Kurve bildet; bei der zweiten ist der aufsteigende Schenkel regelmäßig, aber die Erschlaffung erfolgt zuerst rasch, dann langsamer; die dritte Form besitzt im aufsteigenden Schenkel einen Höcker (»Nase«); bei einer vierten Form endlich kontrahirt sich der Muskel nach einer anfänglichen Erschlaffung aufs Neue und kann bei dieser zweiten Verkürzung eine größere Höhe erreichen, als bei der ersten. Alle diese Verhältnisse illustrirt O. durch zahlreiche Kurvenbeispiele und weist nach, in wie fern die Form der Kurven von der angewandten Reizstärke abhängt. Nach O. bietet die Tiegel'sche Kontraktur eine auffallende Ähnlichkeit mit der Veratrinwirkung dar.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

10. Leube. Über Glykogen im Harn des Diabetikers.

(Sitzungsberichte der physik.-medic. Gesellschaft zu Würzburg 1888.)

L. hat im Harn von Diabetes-mellitus-Kranken in wechselnden Mengen ein der Saccharificirung fähiges Kohlehydrat gefunden, welches mit größter Wahrscheinlichkeit als Glykogen angesprochen werden darf und durch Kochen mit Schwefelsäure in Zucker um-

gewandelt wird, der Kupferlösung reducirt und sicher Traubenzucker ist; im Urin des normalen Menschen und eines an Diabetes insipidus leidenden Pat. fand sich kein Glykogen.

Zur Erklärung dieses Faktums führt L., Bezug nehmend darauf, dass Frerichs die glykogene Degeneration der Epithelien in den Henle'schen Schleifen beim Diabetes mellitus dargethan hat, Folgendes aus: Beim Gesunden durchsströmt ein zuckerarmes Blut die Nieren, die Epithelien der Harnkanälchen bringen desswegen keine oder nur eine nicht nachweisbare Umwandlung von Zucker in Glykogen zu Stande. Dagegen kommt beim Diabetes mellitus, wo das Blut oft 5—10mal zuckerreicher ist, als im normalen Zustande und ein stark zuckerhaltiger Urin aus den Glomerulis transsudirt und die Harnkanälchen passiren muss, die Glykogenie der Schleifenepithelien zum Vorschein, die beim Diabetes eben so wenig aufgehoben ist als die Glykogenie der Leberzellen, welche in dieser Krankheit zwar reducirt, aber keineswegs erloschen ist. Ist aber das Glykogen in den Epithelien aus dem resorbirten Zucker gebildet, so kann dasselbe auch unter Umständen wieder ausgespült werden und damit im Urin des Diabeteskranken erscheinen. Die Menge des ausgeschiedenen Glykogens wird immer nur sehr gering sein.

M. Cohn (Berlin).

---

11. **Fütterer.** Glykogen in den Kapillaren der Großhirnrinde beim Diabetes mellitus.

(Sitzungsberichte der physik.-medic. Gesellschaft zu Würzburg 1888.)

F. hat verschiedene Organe eines Diabetikers untersucht und zwar zunächst die Medulla spinalis; dabei fiel bei Anwendung der Weigert'schen Färbemethode die schwache rauchgraue Färbung der markhaltigen Nervenfasern auf; an Stücken, die in absol. Alkohol gehärtet waren und von denen Schnitte in die Ehrlich'sche Jodgummilösung eingebettet waren, gelang es F., Glykogen nachzuweisen. An der Medulla oblongata fiel gleichfalls die erwähnte Färbung der Nervenfasern auf. In Nierenschnitten fand Verf. in ausgedehntester Weise Glykogen, besonders in den Henle'schen Schleifen. In der Leber fand sich außerordentlich wenig Glykogen.

Eine genaue Untersuchung der Großhirnrinde ergab eine Anfüllung von Gefäßen mit Glykogen, welche sich in großer Ausdehnung vorfand. F. nimmt an, dass daraus ausgedehnte Ernährungsstörungen resultiren mussten, lässt es aber dahingestellt, ob das stellenweise Fehlen der peripheren Rinden-Nervenfaserschichten, welches sich ebenfalls vorfand, eine direkte Folge solcher Ernährungsstörungen war.

Später fand F. noch zahlreiche hyaline Kügelchen in derselben Großhirnrinde und in anstoßenden Theilen der Marksubstanz. An Stellen, wo diese Kügelchen zu größeren Gruppen gelagert waren, fanden sich entsprechende Atrophien der nervösen Elemente.

M. Cohn (Berlin).

---

12. **Smolenski.** Bemerkungen über das Wintrich'sche Perkussionssymptom.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Zum Hervorbringen des Wintrich'schen Schallwechsels bedient sich S. des folgenden Verfahrens: Beim Perkutiren lässt man den Pat. abwechselnd mit geschlossenem, dann wieder mit offenem Munde athmen (besonders stark einathmen) und gleichzeitig ein sanftes, für den Untersuchenden hörbares h anlauten. Dadurch müssen das Gaumenthor, die Nasenhöhlen und selbstverständlich auch die Glottis offen bleiben und die Kommunikation zwischen der Kaverne und der Mundhöhle (wenn der Weg nicht auf eine andere Art, z. B. durch Verstopfung der Bronchien verlegt ist) wird sicher erhalten. Die Phonation des h verengt nur wenig die Spalte, ist während der Ex- und Inspiration möglich, und erlaubt das Verhalten der Glottis zu kontrolliren. Ohne die Anlautung des h könnte der Kranke leicht auf der Höhe des Inspiriums die Glottis schließen und die Wahrnehmung des Schallwechsels sehr erschweren, ja trotz des Offenbleibens des Mundes gar unmöglich machen. **M. Cohn** (Berlin).

---

13. **O. Damsch.** Über den Werth der künstlichen Darmauftreibung. (Aus der med. Klinik zu Göttingen.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

An Stelle der seiner Zeit von Ziemssen empfohlenen Auftreibung des Darmes durch Kohlensäure empfiehlt D. die auf der Göttinger Klinik gebräuchlichen Insufflationen von atmosphärischer Luft — wie sie schon von Runeberg u. A. bei Magen- und Darmauftreibung gebraucht wurden — und zwar durch einen einfachen Spritzenapparat, welcher eine genaue Dosirung der eingeführten Luftmenge gestattet. Bereits nach Einfuhr von 1 Liter ist die Säule bis zum Coecum vorgeschritten, wie »sicher durch die Perkussion nachgewiesen werden kann«. Es lassen sich dann drei Schallbezirke von einander differenziren, entsprechend der Flexura sigmoidea, dem Anfangstheil des Colon nebst dem Colon transv., und von beiden umschlossen, als drittes, das Convolut der Dünndärme. Bei Eintreibung größerer Mengen Luft wird auch die Valvula Bauhini überwunden und der Dünndarm angefüllt. Dem Widerspruch dieser letzteren Beobachtung mit den Ziemssen'schen Versuchen, der nach einer Eintreibung von 5 Liter Kohlensäure weder beim Lebenden noch an der Leiche die Klappe schlussunfähig fand, sucht D. damit zu begegnen, dass durch die Kohlensäure ein Reiz auf die motorischen Elemente der Darmwand ausgeübt und damit der Klappenschluss erzielt werde. An 2 Fällen hat D. durch Einblasung von nur sehr wenig Luft doch den Dünndarm mit aufgetrieben; er vermuthet als Ursache derselben eine centrale Lähmung des Sphincter ileocoecalis. Therapeutisch kommt den Insufflationen die bereits von Cursch-

mann präcisirte Rolle zu — besonderen Werth hat sie bei den frischen Invaginationen.

Honigmann (Gießen).

---

14. Buch (Wilmanstrand). Wirbelweh, eine neue Form der Gastralgie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 22.)

Den Namen »Wirbelweh« schlägt B. vor für eine Neuralgie der Wirbelgeflechte des Bauchsympathicus, deren hervorragendstes Symptom eine mehr oder weniger bedeutende Empfindlichkeit der vorderen Fläche der Wirbelsäule auf Druck darstellt. Während man neben der Wirbelsäule tief auf die hintere Bauchwand drücken kann, ohne Schmerz hervorzurufen, macht sich dieser sogleich in empfindlicher Weise geltend, sobald man die Wirbelsäule berührt. Es lässt sich in diesen Fällen nachweisen, dass nicht der Magen selbst druckempfindlich ist. Das Wirbelweh kann sich über die ganze Lendenwirbelsäule erstrecken, und beim Druck auf gewisse Punkte in entfernter liegende ausstrahlen. Außer den gegen ein vorhandenes Allgemeinleiden (Chlorose, Neurasthenie) gerichteten Mitteln resp. Behandlungsmethoden hat B. gegen das Wirbelweh selbst subkutane Injektionen von 50 % wässeriger Antipyrinlösung wirksam gefunden.

Seifert (Würzburg).

---

15. Pilliet. Scléroses du pancréas et diabète.

(Progrès méd. 1889. No. 21. Mai 25.)

Verf. stellt drei typische Formen des Diabetes auf:

1) Solche, welche einen nervösen Ursprung haben, wie sie im Verlaufe der Tabes und bei Sclerose des unteren Theiles des vierten Ventrikels vorkommen.

2) Die theils erblichen, theils auf konstitutioneller Veranlagung beruhenden Fälle, wo die Krankheit von bedeutender Fettentwicklung begleitet ist.

3) Solche Fälle, wo der Diabetes unmittelbar verknüpft ist mit Veränderungen in den Bauchorganen, von welchen Atrophie oder Verhärtung des Pankreas am häufigsten vorkommt.

Der Antheil des Pankreas an den Erkrankungen der dritten Gruppe wurde im Jahre 1877 durch Lancereaux betont, nachdem schon Claude Bernhard 1855 darauf aufmerksam gemacht hatte; weiter haben sich dann Lapierre, Guillot u. A. damit beschäftigt. Zwei verschiedene Formen sind dabei zu unterscheiden. Bei der ersten Form tritt der Anfall plötzlich ein: starker Hunger und Durst, rapide Abmagerung. Die Pat. verloren ihre Zähne, ihr Haar und jede physische und moralische Kraft. Die Haut wurde trocken und blass; der Exitus erfolgte in weniger als einem Jahre.

Bei der zweiten Form erfolgen zwei Arten von Zufälle: die einen herrührend von einer Art Autointoxikation führen rasch zu Dyspnoe und Koma; in den anderen verursachen Bronchopneumonie und Tuberkulose ein schnelles Ende.

Die klinischen Symptome der Atrophie oder Verhärtung des Pankreas, welche diese Fälle stets begleitet, sind sehr unbestimmt und veränderlich: Erbrechen fettiger Massen, Fäces enthalten Fett und unverdaute Massen, der Magen verträgt keinerlei Nahrung; rapide Abmagerung; die Haut wird blass und trocken wie bei Affektion des Plexus solaris.

Der pathologisch-anatomische Befund ist oft schwierig zu erheben, da die Präparate durch Selbstverdauung schnell verändert werden. Oft finden sich in gut erhaltenen Fällen sklerotische Veränderungen um die Venen herum, in anderen Fällen findet sich Atrophie, dann auch Verhärtung in Form kleiner Steinchen. Bisweilen zeigt sich auch fettige Degeneration.

Exstirpation des Pankreas bei Thieren oder Unterbindung des Ductus pancreaticus führt nicht zu Diabetes, wenngleich Abmagerung und starker Hunger eintritt. (Inzwischen haben v. Mering und Minkowki durch Exstirpation des Pankreas bei Hunden Diabetes mellitus erzielt. S. dieses Blatt No. 23. Ref.) P. nimmt an, dass die Funktionen des Pankreas durch die Magendrüsen und die Lieberkühn'schen Drüsen ersetzt werden können. Eben so konnte experimentell durch Atrophie des Prankreas Diabetes nicht hervorgerufen werden. Dagegen kann durch Injektion von Lykopodium in den Truncus nervosus (Germain Sée und Gley 1889) oder durch Injektion von Krotonöl (Antal und Butte) bisweilen Glykosurie — wenn schon öfter Albuminurie — mit starkem Hunger und Durst und reichlicher Urinentleerung erzielt werden. Dabei finden sich dann immer degenerative Veränderungen des Bauchsympathicus, und es ist wahrscheinlich, dass solche auch die Ursache sind für die Atrophie des Pankreas.

M. Cohn (Berlin).

---

16. **Kaposi.** Bemerkungen über die jüngste Zosterepidemie und zur Ätiologie des Zoster.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 25 u. 26.)

Der Zoster, der zu allen Jahreszeiten sporadisch vorkommt, stellt sich außerdem noch in ziemlich regelmäßigen Perioden in auffallend großer Zahl und dichter Kumulirung, gleich wie in epidemischer Weise ein. In Wien fallen solche Zosterepidemien gewöhnlich in die Monate März—April und Oktober—November, zu derselben Zeit, wo auch Erysipel und Pneumonie epidemisch auftreten.

Bezüglich der Ätiologie des idiopathischen — nicht mechanischen und nicht reflektorisch veranlassten — Zoster nimmt R. an, dass derselbe durch einen von außen in den Organismus eingedrungenen specifischen Krankheitserreger hervorgerufen werde, ähnlich wie krupöse Pneumonie, Erysipel, und dass der Zoster in diesem Sinne eine Infektionskrankheit vorstelle.

Diese Annahme wird abgesehen von dem epidemischen Auftreten der Erkrankung und der Wiederkehr zu bestimmten Jahreszeiten da-

durch gestützt, dass der Mensch gewöhnlich nur einmal im Leben am Zoster erkrankt, eine Erscheinung also, die auch anderen Infektionskrankheiten eigenthümlich ist. Dazu kommt ferner noch, dass es bei den Zosterepidemien eben so wie bei anderen epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten leichte und schwere Epidemien giebt. Die größere Intensität der Erkrankung spricht sich beim Zoster aus durch die große Zahl, dichte Anreihung, vollkommene Entwicklung der Efflorescenzgruppen, Hämorrhagie des Papillarkörpers an der Basis der Bläschen, hämorrhagischen Inhalt der letzteren, intensive Entzündung des Corium, Gangrän der Efflorescenzbasis, große Schmerzhaftigkeit, präkursorische und nachfolgende Neuralgie und consecutive, funktionelle und trophische Störungen.

Der leichte Grad der Erkrankung kennzeichnet sich durch Spärlichkeit der Gruppen und Efflorescenzen oder durch geringe Entwicklung und abortiven Verlauf der letzteren.

Die jüngste Zosterepidemie in Wien vom November 1888 bis Februar 1889 zeichnete sich durch Auftreten von nur leichten Fällen aus: die Efflorescenzen traten durchweg vereinzelt auf und verliefen abortiv.

K. hält die Lehre vom Zoster für durchaus noch nicht abgeschlossen und fordert zur Veröffentlichung einschlägiger Fälle auf, um durch Beobachtung eines großen Materials zu einem befriedigenden Resultat zu kommen. **M. Cohn** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

17. **Mosler.** Zur Prophylaxe der Tuberkulose.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juni.)

Der Vortrag enthält eine Beschreibung der in der Greifswalder med. Klinik geübten Methode zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Tuberkulose durch das eingetrocknete Sputum und bezweckt, diese oder eine ähnliche Methode den praktischen Ärzten, besonders aber den Hospitaldirigenten dringend zu empfehlen. Nach den Untersuchungen Cornet's sei es zweifellos, dass das Sputum der Phthisiker der hauptsächlichste Träger der Infektion sei. Es sind daher (nach Dettweiler's Empfehlung) Spuckgläser mit federndem Deckel, zu einem Drittel mit Wasser gefüllt, in Gebrauch genommen worden, deren Inhalt mit derselben Peinlichkeit desinficirt und entfernt wird, wie die Stühle der Typhuskranken. Auf Korridoren, im Auditorium, in der Poliklinik etc. sind emaillirte Spucknäpfe (nach Dettweiler) aufgestellt. Auf die Fußböden darf nie ausgespieen werden, eben so wenig in Taschentücher. Auch in der Privatpraxis giebt M. allen Phthisikern ähnliche Vorschriften. **Rosin** (Breslau).

18. **Aldibert.** Fistule cutanéo-bronchique dans un cas de mal vertébral postérieur.

(Rev. mens. des malad. de l'enfance 1889. Juni.)

Ist schon bei Caries an der vorderen Fläche der Wirbelsäule der Durchbruch des Eiters nach der Lunge einerseits, nach dem Rücken andererseits eine seltene Erscheinung, so scheint die Entstehung einer dorsobronchialen Fistel in Folge Caries des hinteren Wirbelbogens noch kaum beschrieben zu sein.

Das an Lungen-, Haut- und multipler Knochentuberkulose leidende $13^1/_2$jährige Mädchen zeigt eine Fistel, welche zu cariösen Theilen des hinteren Bogens des

3. und 4. Brustwirbels führt, während sich eine Erkrankung der entsprechenden Wirbelkörper mit Wahrscheinlichkeit ausschließen lässt. Bei Husten dringt aus der Tiefe der Fistel Luft. Entsprechend der Fistel findet sich links von der Wirbelsäule Dämpfung, fast bronchiales Athmen, Bronchophonie, Rasseln; es besteht nur trockener Husten; niemals Expektoration von Blut, Eiter oder Knochenstückchen.

H. Neumann (Berlin).

19. Guido Catola. Il salasso nella polmonite.

(Sperimentale 1889. Juni.)

In einer schweren, durch erschreckend häufige Todesfälle ausgezeichneten Pneumonieendemie, welche im Jahre 1886 in den Gemeinden Casellina und Torri bei Florenz herrschte, versuchte C., da die heute gebräuchlichen Behandlungsweisen fehlschlugen, aus Verzweiflung die alte Heilwirkung des Aderlasses. Das Ergebnis der ersten Vorversuche an auserlesenen kräftigen jungen Leuten im Stadium der Kongestion bei rein krupösen Formen der Krankheit war wider Erhoffen so ermuthigend, dass er den Aderlass, bei welchem Anfangs die Blutentziehung 180 g nicht überschritt, in allgemeinere und reichlichere Anwendung zog und in den folgenden 2 Jahren wiederum bei seinen Pneumoniekranken durchführte. Gemeiniglich konnte er an der großen Anzahl der also Behandelten die folgenden wohlthätigen Wirkungen des Aderlasses beobachten:

1) Herabsetzung der Fiebertemperatur;

2) häufige Linderung der Brustschmerzen;

3) Verminderung der Exsudatbildung und eine günstige Veränderung des Exsudates durch Abnahme seiner plastischen Bestandtheile;

4) Erleichterung der Expektoration;

5) Verringerung der Dyspnoe;

6) Einschränkung der Lungenhyperämie und des collateralen Ödems;

7) Beförderung der Resorption des Exsudates;

8) Alles dies ohne gefahrbringende Schwächung der Herzenergie.

Jahr	Zahl der Fälle	Alter						Geheilt	Gestorben
		unter 20 Jahren	20–30	30–40	40–50	50–60	über 60 Jahre		
1886	25	1	10	9	4	1	—	24	1
1887	26	3	4	10	6	3	—	24	2
1888	29	2	6	15	2	3	1	27	2
	80	6	20	34	12	7	1	75	5=6¼%

Jahr	Zahl der Aderlässe			Zeit des Aderlasses		Menge der einmaligen Blutentziehung		
	1 bei	2 bei	3 bei	Stadium der Anschoppung	Stadium der Hepatisation	ca. 200 g	ca. 300 g	über 300 g
1886	25	—	—	23	2	15	9	1
1887	20	6	—	20	6	18	7	1
1888	19	9	1	19	10	13	14	2

Statt einer Angabe der Sterblichkeitsziffer unter seinen eigenen Pat. vor Einführung des Aderlasses giebt C. vergleichsweise die folgenden Zahlen der Autoren, welche bei exspektativem Verfahren sich ergaben:

Skoda 13,7%, Brera 14,0%, Tumbart 7,7%,
Dielt 7,4%, Teissier 7,0%, Granmottle 12,5%.

C. selbst verzeichnet 5 Todesfälle bei 80 Kranken, also 6,25%.

In Anpassung seiner Erfahrungen an die heutige Infektionslehre vermeint Verf. die günstige Wirkung des Aderlasses auf eine theilweise Ausscheidung der Pneumokokken aus dem Organismus zurückführen zu sollen und dem Aderlass selbst desshalb zunächst die Erfüllung der Indicatio causalis zuschreiben zu müssen; symptomatische Heilwirkung käme ihm bei beginnendem Lungenödem zu. Kontra-

indikationen für seine Anwendung sieht Verf. nur im senilen Marasmus, in allgemeiner Anämie, in fettiger Entartung des Herzmuskels. Die zweckmäßige Größe der Blutentziehung bewege sich zwischen 200 und 300 g.

G. Sticker (Köln).

20. **Netter.** Recherches sur les méningites suppurées.

(Extr. de la France méd. 1889. No. 64. Juni 1.)

Vorläufige zusammenfassende Mittheilung über 25 in 5 Jahren untersuchte Fälle von eitriger Meningitis. 4 komplicirten eine eitrige Otitis, 6 eine Pneumonie; 1 hatte sich bei einem Cerebraltumor entwickelt, 3mal koincidirte sie mit ulceröser Endocarditis, 1mal mit einem Typhus; in anderen Fällen wurde eine sonstige Erkrankung vermisst.

5 Fälle gehörtem dem ersten Lebensjahre an (hiervon 2 aus der ersten Lebenswoche); das zweite Kindesalter war nicht vertreten.

Meist handelte es sich um eine cerebrospinale Meningitis. Bei der »direkten« eitrigen Meningitis drangen die Bakterien aus dem Nasenrachenraum auf dem Wege des Gehörganges (4mal) oder der Nasennebenhöhlen (2mal), in die Schädelkapsel. Hierbei fand sich gleichzeitig ein eitriges Exsudat 3mal an der Innen-, 2mal an der Außenfläche der Dura mater. In 11 Fällen war die Meningitis metastatisch (1mal von der Placenta, 1mal von der Pleura, 8mal von der Lunge her). Die 9 übrigen Fälle sind in dieser Beziehung zweifelhaft.

Es fanden sich immer Bakterien; 13mal wurde Mikroskop, Inoculation und Kultur, 6mal die beiden ersteren, sonst nur das Mikroskop zu ihrem Nachweis verwendet. Es waren dies folgende Bakterien: Pneumococcus 16mal (6mal bei gleichzeitiger Pneumonie), Streptococcus pyogenes 4mal, Diplococcus intracellularis Weichselbaumii 2mal, der vom Ref. und Schäffer gefundene bewegliche Bacillus und der Friedländer'sche Pneumoniebacillus (bei einer von einer Otitis ausgehenden Meningitis) je 1mal, schließlich 1mal ein sehr feiner gebogener Bacillus (nicht kultivirt). Es stimmt die Betheiligung der einzelnen Bakterien ziemlich gut mit 45 aus der Litteratur zusammengestellten bakteriologischen Befunden von Meningitis überein.

Das Exsudat ist bei dem Pneumococcus visköa, grünlich, bei dem Streptococcus sero-purulent, bei dem Friedländer'schen Bacillus dick viskös. Günstig verlaufende Fälle von Meningitis sind mit Wahrscheinlichkeit auf den Pneumococcus zu beziehen.

H. Neumann (Berlin).

21. **Umpfenbach.** Therapeutische Mittheilungen. (Aus der Irrenanstalt zu Andernach, Dir. Dr. Nutel.)

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juni.)

Die therapeutischen Mittheilungen, welche N. macht, betreffen 1) die Ernährung der Irren, 2) die Erscheinungen über die hypnotische Wirkung von feuchten Einwicklungen, Bromkali, Urethan, Sulfonal und Hyoscin.

Als die vortheilhafteste Methode für die Ernährung der Geisteskranken, welche die Nahrung verweigern (ein Gebiet, welches auch jeden prakt. Arzt angeht), empfiehlt N. die Ernährung mit dem elastischen Katheter (Nélaton, No. 12) durch die Nase. Durch unwillkürliche Schluckbewegungen wird derselbe rasch vom Pat. selbst in den Magen befördert. Das Regurgitiren von Flüssigkeiten in dem Trichter, wie so häufig bei der Schlundsonde, wird dabei vermieden (?). Als für die Ernährung vollkommen ausreichend zeigte sich ein Gemisch von $^1/_4$—$^1/_2$ Milch, 2 rohen Eiern, und ca. 100 g Zucker, mit oder ohne Alkoholicis. Schluckpneumonien oder andere üble Erscheinungen wurden nicht beobachtet.

Unter den Hypnoticis wurden sehr günstige Einwirkungen durch feuchte Einwicklungen des ganzen Körpers mit nassen Tüchern von Zimmertemperatur erzielt, sowohl durch allgemeine schlafbringende und beruhigende Wirkung als durch direkte Beeinflussung der Psychosen. Üble Nebenerkrankungen sind nicht zu verzeichnen, bei Herzkranken ist jedoch Vorsicht nöthig.

Bromkali empfiehlt N. bei einfacher Schlaflosigkeit, nicht aber bei einer

durch physische oder psychische Erkrankung bedingten. Bei Epilepsie warnt er vor zu großen Tagesdosen (8 g), und beschreibt einen Vergiftungsfall.

Das Urethan zeigte sich zu unsicher in seiner Wirkung.

Das Sulfonal (2—3 g) ließ in Sicherheit der Wirkung bei Geisteskranken auch zu wünschen übrig, zeigte sich im Allgemeinen aber als brauchbar und vor Allem ohne unangenehme Nebenwirkungen.

Hyoscin. hydrochlor. wurde zu 0,0005—0,003 intern, bis zu 0,002 subkutan gegeben (1—2mal täglich). Wegen seiner Billigkeit, Geschmacklosigkeit und ziemlich guten Wirkung empfiehlt es N. für die Irrenanstalten; jedoch muss bei bestehendem Herzfehler das Mittel ausgeschlossen werden. Die von anderen Autoren behauptete besondere Gefährlichkeit des Mittels hat N. nicht beobachtet.

Rosin (Breslau).

22. Sembritzki. Zur Wirkung des Antifebrin.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juni.)

S. erwähnt 4 Fälle von Unterleibstyphus bei Frauen, bei welchen die gewöhnliche Dosis von Antifebrin Collapserscheinungen hervorrief. Er konnte in 3 Fällen nur 0,1 g Antifebrin, in einem nur 0,05 g, übrigens mit temperaturherabsetzendem Erfolge, darreichen, Er folgert daraus, dass bei Frauen es sich empfiehlt, mit kleinen Dosen, also mit 0,1 g behufs Herabsetzung der Temperatur zu beginnen.

Rosin (Breslau).

23. Girode. Urémie infantile suraiguë à forme bulbaire, l'artériosclérose dans le jeune âge.

(Rev. mens. d. malad. de l'enfance 1889. Juni.)

8jähriger, bisher vollkommen gesunder Knabe erkrankt, nachdem er sich vielleicht Nachmittags erkältet hat, um 2 Uhr Morgens mit Kopfschmerzen, Schwindel, Kolik, wozu alsbald heftige Krampfanfälle treten. Status um $8^1/_2$ Uhr: Koma, Trismus, Opisthotonus, tonische Krämpfe, Reaktionslosigkeit der Pupillen, sehr starke Salivation, Störung der Respiration, Puls 66, Temp. 41,2°. Tod um 2 Uhr Mittags. Die Sektion ergiebt im Wesentlichen: starke Herzhypertrophie, bei gesunden Klappen eine chronische Endocarditis des linken Ventrikels, leichtes Atherom des Anfangstheils der Aorta, Nephritis (Rinde etwas verschmälert etc.), stark eiweißhaltigen Urin, serösen Erguss in den Meningen, Ödem des Gehirns. Mikroskopisch finden sich in den Nieren neben frischer ausgedehnter Degeneration des Epithels der gewundenen Kanälchen und Exsudation in den Glomeruli ausgedehnte ältere Veränderungen der letzteren. Die Gefäße zeigen in den Nieren und dem verdickten Endocard beginnende Arteriosklerose.

Als einzige Ursache der chronischen Nieren- und Gefäßerkrankung ließ sich übermäßiger Genuss alkoholischer Getränke verantwortlich machen. Zur Unterstützung dieser Auffassung theilt G. den Fall eines 15jährigen Knaben mit, welcher das ausgeprägte Bild des chronischen Alkoholismus zeigte und gleichzeitig an starker Arteriosklerose mit Herzhypertrophie litt (Urin ohne Eiweiß).

H. Neumann (Berlin).

24. Cholewa. Menthol bei Furunkulose des äußeren Gehörganges.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juni.)

Gegen die oft schmerzhafte und langwierige Gehörgangsfurunkulose, welche so oft durch Autoinfektion vielfache Herde aufweist, sind sehr verschiedenartige therapeutische Maßnahmen in Gebrauch, darunter auch die antiseptischen, welche auf der Einträufelung von antiseptischen Flüssigkeiten (Ohrtropfen) beruhen. C. empfiehlt nun statt der Flüssigkeiten, welche wegen der Verengerung des Gehörganges oft gar nicht an den Krankheitsherd gelangen, Wattetampons mit Menthol in öliger Lösung (20%) getränkt einzulegen. Die Tampons müssen fest gewickelt sein und in 24 Stunden erneuert werden. Auch abscedirte und incidirte Furunkel werden damit erfolgreich nachbehandelt. Zu der schmerzstillenden Wirkung des Menthols kommt dabei noch seine bedeutende antiseptische hinzu. In Bezug hierauf hat C. im Laboratorium von Prof. A. Fraenkel Untersuchungen

nach Koch'scher Methode angestellt und zwar am Staphylococcus aureus, der bei der Ohrfurunkulose wohl am meisten in Betracht kommt. (Koch hatte beim Milzbrandbacillus schon eine ganz eminente antiseptische Kraft des Menthols, selbst im Vergleich zum Karbol, gefunden.) C. hat gefunden, dass die Staphylococcuskulturen selbst schon durch Mentholdämpfe getödtet wurden und dass 0,008 Menthol : 8,0 g Agar keine Entwicklung des Staphylococcus aureus zulässt.

Rosin (Breslau).

25. Fr. Mosler. Über Myxödem.

(Berliner Klinik 1889. Hft. 14.)

M. berichtet zunächst über einen Fall von Myxödem bei einer 54jährigen Frau. Das Leiden fing an mit einer Lahmheit des linken Daumens. Sodann begannen die Finger und der Handrücken der linken Hand anzuschwellen; im Verlaufe von 2 Jahren breitete sich weiterhin die Schwellung über den ganzen linken Arm, den Rumpf und die übrigen Extremitäten aus. Erst später erfolgte die Anschwellung des Gesichts, des Halses, der Mundhöhle, besonders der Lippen und der Zunge. Im 4. Jahre der Krankheit gesellte sich Gedächtnisschwäche, Kreuzschmerzen und Gürtelgefühl hinzu. Die histologische Untersuchung eines excidirten Hautstückes fiel negativ aus. Die objektive Untersuchung der Schilddrüsengegend, welche überdies erschwert war wegen erheblich starker Entwicklung von Hautwülsten unterhalb des Kinnes, ergab ein negatives Resultat. M. hält es für möglich, dass das Bestehen dieser Hautwülste als Initialsymptom von Veränderungen der Schilddrüse zu deuten sei.

Im Anschluss an diesen sehr genau beobachteten, in seinen Einzelheiten höchst interessanten Fall von Myxödem giebt M. eine Übersicht über die Hauptergebnisse der englischen Sammelforschung über die Myxödemfrage, welche im Auftrage der Londoner klinischen Gesellschaft von Ord, Horsley, Halliburton, Semon und Hadden unternommen worden ist. Nach dem Bericht spricht das Komité seine Ansicht dahin aus, dass höchst wahrscheinlich Myxödem, sporadischer und endemischer Kretinismus, Cachexia strumipriva und das operative Myxödem der Thiere verschiedene Species einer Gattung sind, dass die allen diesen Formen gemeinsame pathologische Erscheinung die entweder durch pathologische Processe oder durch Exstirpation derselben bedingte Vernichtung der Funktion der Schilddrüse ist.

Peiper (Greifswald).

26. Herringham. Muscular atrophy of the peroneal type affecting many members of a family.

(Brain 1888. Juli.)

Unter dem Namen »Muscular atrophy of the peroneal type« hat Tooth eine Form der progressiven Mukelatrophie beschrieben, über die, unabhängig von ihm, vordem schon Schultze, so wie Charcot und Marie berichtet hatten, jener unter der Bezeichnung »eigenthümliche progressive atrophische Paralyse«, diese ebenfalls unter dem Titel einer »Forme particulière d'atrophie musculaire progressive«. Dieselbe Krankheitsform hat kürzlich Hoffmann im Archiv f. Psychiatrie Bd. XX, Hft. 3 als »progressive neurotische Muskelatrophie« monographisch bearbeitet. Charakteristisch für dieselbe ist: das Auftreten bei mehreren Mitgliedern einer Familie, der Beginn an den Unterextremitäten, der von der Peripherie nach dem Stamm ascendirende Verlauf der Atrophie und Lähmung.

H. bringt die genealogische Tafel einer Familie, in der durch 4 Generationen hindurch, zuweilen mit Überspringung der einen oder anderen Generation, dieses Leiden sich ausschließlich auf die männliche Nachkommenschaft vererbt hat. Erläuterungen sind beigegeben, 2 Fälle genauer beschrieben.

Tuczek (Marburg).

27. R. Heymann. Zwei Fälle von Lähmung des Musc. crico-thyreoideus.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 5 u. 6.)

H. beobachtete in der Poliklinik von Prof. Kiesselbach folgenden Fall: ein 18jähriger Mann erkrankt plötzlich an vollkommener Aphonie ohne Husten und

sonstige Beschwerden. Die laryngoskopische Untersuchung (4 Wochen später) ergiebt vollkommen normale Schleimhaut und Stimmbänder. Dieselben stehen bei ruhiger Athmung in »tiefer Inspirationsstellung«, die Proc. vocales sind deutlich sichtbar. Bei der Intonation verschwinden die letzteren, während die Spitzen der Aryknorpel sich dicht an einander legen und nach vorn treten. Die Stimmbänder lassen einen elliptischen Spalt zwischen sich, schlottern aber nicht. Bei der Intonation höherer Töne fühlt man den ganzen Kehlkopf in die Höhe steigen, jedoch bleibt der Raum zwichen Schild- und Ringknorpel dabei unverändert, auch das laryngoskopische Bild ändert sich nicht, nur der Kehldeckel wird etwas aufgerichtet. Die Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfes ist anästhetisch, doch wird durch Reiz mit stärkeren faradischen Strömen Husten ausgelöst, die Glottis spuria schließt sich und der Kehldeckel wird dabei nach hinten gezogen.

Im weiteren Verlauf stellen sich Schluckbeschwerden ein, die schließlich die Ernährung mittels Schlundsonde nöthig machen. Vorübergehend tritt eine Schwächung des M. transversus ein, so dass die Stimmritze bei der Intonation Sanduhrform zeigt. Noch nach 4 Monaten ist das Krankheitsbild unverändert. Bemerkenswerth ist, dass der Pat. mit rauher aber lauter Stimme spricht, sobald man den vorderen Theil des Ringknorpels gegen den Schildknorpel hebt.

H. sieht in dem vorliegenden Fall eine doppelseitige Lähmung des M. cricothyreoid., welchem er, hauptsächlich im Anschluss an Jelenffy, die Funktion der Stimmbandspannung zuschreibt.

Die wichtigsten Zeichen der in Rede stehenden Lähmung sind: mangelhafte Spannung der Stimmbänder, unveränderter Abstand zwischen Ring- und Schildknorpel bei der Intonation, Verschwinden der Proc. vocales bei der Intonation. Bedeutungsvoll ist natürlich auch die Anästhesie der Schleimhaut. Es handelt sich daher in dem gegebenen Fall um eine (vermuthlich rheumatische) Neuritis beider Nn. laryng. superior. Die aus dem laryngoskopischen Bilde zu entnehmende Wahrscheinlichkeit, dass auch die inneren Stimmbandmuskeln und der M. transversus nicht ganz intakt sind, widerspricht nach neueren Untersuchungen einer Erkrankung der Nn. laryng. super. in keiner Weise.

Der zweite Fall betrifft eine 25jährige Sängerin, welche nach starker Stimmanstrengung einen Kehlkopfkatarrh bekam, nach dessen Ablauf ein Defekt in der Bildung der höheren Töne zurückblieb. Die laryngoskopische Untersuchung ergab nun: totale Unbeweglichkeit des linken Aryknorpels, linkes Stimmband steht in tiefer Inspirationsstellung, linker M. crico-thyreoid. ist faradisch unerregbar, die Sensibilität der Schleimhaut ist unversehrt. Allmählich stellte sich die Beweglichkeit des linken Aryknorpels und die Erregbarkeit des linken M. crico-thyreoid. wieder her und nach ca. $1^1/_2$ Jahren war die Stimme wieder so gut wie früher.

Diesen Fall betrachtet H. als eine Lähmung des linken M. crico-thyreoid. und aller »nach dem alten Schema vom linken N. recurrens versorgten Muskeln mit alleiniger Ausnahme des M. crico-arytaenoid. posticus«. Jedoch ist nach den neueren Untersuchungen die scharfe Trennung der Verbreitungsgebiete des N. recurrens und des Laryngeus sup. nicht mehr in der alten Weise aufrecht zu erhalten.

Kayser (Breslau).

28. E. Bybring (Abrudbänga). Heilung der peripheren Neuralgie des ersten Astes des Quintus (Neuralgia frontalis) durch die Suggestionstherapie.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 28.)

Regimentsarzt B., nur durch Verfolgung der Litteratur mit der Suggestion bekannt geworden, suggerirte einem Soldaten, der 6 Tage vergebens mit Vesikatoren, Chinin, Arsenik, Morphin, an einer Trigeminusneuralgie (Schmerzen in der linken Stirnhälfte, im linken Augapfel bis zum Scheitel, in die linke Wange und die linke Nasenhälfte, Conjunctivalinjektion, Thränenabsonderung, Trockenheit der linken Nasenhöhle, Druckempfindlichkeit der Incisura supraorbitalis) behandelt worden war, erfolgreich erst 24stündige, dann 48stündige, endlich 2jährige Euphorie.

Von den 2 Jahren waren bei Abfassung der Publikation 14 Tage schmerzfrei verflossen. Die Hypnose trat in 40 Sekunden ein und wurde zweimal in Gegenwart von Officieren hervorgerufen. K. Bettelheim (Wien).

29. J. Scheinmann. Die suggestive Tonmethode zur Behandlung der Aphonia hysterica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 21.)

Die Methode S.'s beruht hauptsächlich darauf, dass fast alle mit Aphonia hysterica behaftete Pat. in verschiedener Stärke Töne zu bilden vermögen, wenn sie auch während des Sprechens absolut stimmlos sind; so können bekanntlich die einen laut husten, andere laut lachen, andere sogar singen. Den jeweilig möglichen Ton sucht S. zu verlängern und, wenn die Verlängerung erreicht ist, wird dem Ton ein Vokal untergelegt; wenn dies gelungen, so kann man gewöhnlich auch sehr schnell den Pat. andere Vokale sprechen lassen. Es ist aber außerdem noch nöthig, um den Pat. zusammenhängende Worte sprechen zu lassen, dass ihm durch eine besonders geschilderte Methode die Überzeugung beigebracht werde, dass er sprechen könne. A. Moll (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

30. Klebs. Die allgemeine Pathologie oder Lehre von den Ursachen und dem Wesen der Krankheitsprocesse. II. Theil. Störungen des Baues und der Zusammensetzung. (Allgemeine pathologische Morphologie.)

Jena, G. Fischer, 1889.

In der Vorrede zu dem zweiten Theil seines Werkes betont der Verf. sein Bestreben, neben seiner subjektiven Anschauung den in der Litteratur niedergelegten Ansichten und Erfahrungen Anderer möglichst gerecht zu werden, und wir finden thatsächlich nicht nur am Schlusse eines jeden Abschnittes ein vollständigeres Litteraturverzeichnis, sondern auch im Texte ausführlichere Angaben über fremde Arbeiten wie im ersten Theil, eine Verbesserung, durch welche das Werk als Handbuch wesentlich gewinnt.

Der Verf. hat übrigens, wie er gegenüber der Kritik besonders hervorhebt, sein Werk nicht nur für Fortgeschrittene, sondern auch für Anfänger bestimmt, da »unseren Schülern nur die beste und vollständigste Darstellung eben gerade genügend sein sollte« und dieselben von Anfang an zur kritischen Mitarbeit an den Fortschritten der Wissenschaft erzogen werden sollen. Ob der Anfänger, welcher noch gar nichts von Pathologie kennt, sich in der reichen Fülle des Buches wird zurecht finden können, ist uns zweifelhaft. Jedenfalls bietet es aber dem, welcher mit den Elementen dieser Wissenschaft bekannt ist, dem älteren Studirenden, dem jungen Arzt eben so wie dem erfahrenen Praktiker und dem Pathologen von Fach ein gutes Bild von dem jetzigen Stand der wissenschaftlichen Forschung und reiche Anregung zu eigener Arbeit. Die Ausstattung des Buches ist eine musterhafte, die zahlreichen kolorirten Abbildungen im Text und auf besonderen Tafeln sind durchweg vorzüglich ausgeführt.

Die Eintheilung des Stoffes weicht vielfach von der sonst in Lehrbüchern gebräuchlichen ab. Der Verf. beginnt mit Besprechung der Nekrose. Bei der Totalnekrose werden die Fäulnisvorgänge und die Litteratur über Fäulnisprocesse im Körper mit berücksichtigt. Von der Zellnekrose unterscheidet K. 3 Formen, Coagulationsnekrose mit Kernlösung, Nekrose mit Kernzerfall und vacuoläre Nekrose. Unter den cirkulatorischen Nekrosen werden neben den arteriellen und venösen namentlich die kapillaren Nekrosen (zu welchen der Verf. außer seniler Gangrän, Decubitus etc. auch die perforirenden Geschwüre des Magens und Darmes und das perforirende Fußgeschwür rechnet) ausführlicher besprochen. Der Schilderung der Nekrosen aus chemisch-pysikalischen Ursachen reiht der Verf. die Darstellung der verschiedenen Formen der Hämoglobinurie nach Vergiftungen und aus inneren Ursachen (paroxysmale) an.

Der folgende Abschnitt betrifft die Degenerationen. Die Besprechung der fettigen Degeneration giebt dem Verf. Gelegenheit zu ausführlichem Exkurs über Phosphor-, Arsen- und einige andere Vergiftungen. Am Schluss des Kapitels wird das Vorkommen von Kohlehydraten (Glykogen, Amylum) bei Degenerationen erörtert.

Das 4. Kapitel gilt den albuminösen Degenerationen und behandelt neben der kolloiden und mucinösen die hyaline Degeneration. Unter letzterem Titel wird außer dem Gewebshyalin vorerst die Thrombose und Embolie (so weit sie nicht in den noch zu erwartenden 3. Theil des Werkes gehört) besprochen, wobei die vom Verf. ausgeführten resp. geleiteten Arbeiten über Leberzellenthrombose, Stagnationsthrombose bei Glaukom, hyaline Thrombose bei Chorea hereditaria ausführlich berücksichtigt werden. Der ganze Abschnitt bietet vielerlei Neues.

In Kapitel 5 und 6 werden die amyloide und die Pigmentdegeneration, in Kapital 7 die Degenerationen durch unorganisirte Körper, nämlich die Koniosis und die »Präcipitationskrankheiten« (Steinbildung) behandelt.

In dem 8. Kapitel, Atrophie, ist ein längerer Abschnitt den Hemmungsbildungen gewidmet, da diese »sämmtlich auf mechanische Ursachen zurückzuführen sind — selbstverständlich, wenn gleichzeitig dem unbestreitbaren Einfluss der Vererbung ein gebührender Spielraum gelassen wird«. Es werden hier außer anderen Formen die Mikromelie, Anencephalie, Spina bifida, Epispadie, Ectopia vesicae, Akardie, Mikrokardie, Porencephalie behandelt. Als Konkurrenzatrophien bezeichnet der Verf. »Cystenbildungen, die sich im Fötus aus partieller Hyperplasie des Blut- und Lymphgefäßapparates entwickeln. Indem bei denselben die Proliferationsfähigkeit ihrer Elemente bald aufhört, bleiben nur die atrophirenden Effekte der übermäßigen Produktion zurück«.

Als Paradigma wird ein Fall von kongenitaler Cystenbildung in der Lunge ausführlich beschrieben und durch 3 kolorirte Abbildungen anschaulich gemacht.

Als »chemische und histogenetische Atrophien« folgen hierauf die Osteomalacie, Osteopsathyrosis (Knochenbrüchigkeit), der Kretinismus, die fötale und die gewöhnliche Rachitis und endlich die (von der gelben Leberatrophie unterschiedene) akute rothe Leberatrophie, nach einem vom Verf. beobachteten Fall geschildert und durch 4 Abbildungen illustrirt.

Die Darstellung der progressiven pathologischen Processe beginnt, wie üblich, mit der Entzündung. Bei Behandlung der Entzündung nimmt der Verf. einen zwischen den Vertretern der Virchow'schen und der Cohnheim'schen Entzündungslehre vermittelnden Standpunkt ein, schließt sich aber doch mehr an die erstere an, indem er die Entzündung als einen wesentlich cellulären Vorgang schildert. Wir müssen es uns versagen, hier auf die höchst interessanten und durchaus eigenartigen Ausführungen des Verf. im Einzelnen einzugehen und wollen nur einige Punkte hervorheben. »Als Repräsentanten der drei verschiedenen Arten vorwiegend exsudativer Entzündung« werden der serös-fibrinöse chronische Bronchialkrup, die chronische granulirende fibrinöse Pneumonie und die Glomerulonephritis ausführlicher behandelt und in kolorirten Abbildungen dargestellt. Als besondere Form »cellulärer«, zur Destruktion der Gewebe führender Entzündung schildert K. einen recht außergewöhnlichen Fall von perforirender Enteritis. Am Schluss des Kapitels finden die chronischen Entzündungen des Centralnervensystems, die verschiedenen Formen der Sklerose Berücksichtigung und bildliche Darstellung.

Das Kapitel der Regeneration, welches dem Verf. in seinem Eingang zu einem kurzen Exkurs über Phagocytose (!) Gelegenheit giebt, bietet eine umfassende und klare Zusammenstellung der jetzigen Kenntnisse über Gewebsregeneration. Auffällig ist in diesem Abschnitt das Fehlen jeglicher Abbildung.

Aus dem letzten Abschnitt des Buches (Kapitel 9—21), welcher die Vergrößerung der Theile, Hypertrophie, Hyperplasie, Neoplasie behandelt, sei Folgendes hervorgehoben: Der Verf. vertritt mit großer Entschiedenheit die Auffassung, »dass alle Geschwülste aus einer hyperplastischen Entwicklung

sämmtlicher Bestandtheile hervorgehen, welche das befallene Organ zusammensetzen und dass eine allmähliche Fortentwicklung von einer dem normalen Typus annähernd entsprechenden Bildung zu vollkommen atypischen Formen der Gewebsentwicklung in einer und derselben Geschwulst stattfinden kann«. Bezüglich der Histogenese der Geschwulstelemente nimmt der Verf. an, dass die »geschwulstbildende Gewebsmetamorphose eine abweichende Form der Zellproliferation« darstelle und zwar in der Weise, dass die karyomitotische Kerntheilung der Geschwulstzellen in eigenthümlicher Beziehung zur Immigration weißer Blutkörperchen stehe, ein Vorgang, der an einer Anzahl von Abbildungen erläutert wird.

Die Geschwülste selbst — »Blastome« nennt sie der Verf. — theilt er in 3 Hauptgruppen:

1) Das typische Blastom, einfache Muskelhypertrophie und Riesenwuchs (welch letzterer nach zwei von dem Verf. genau untersuchten Fällen eingehend erörtert wird).

2) Das atypische Blastom, Gewächsbildung.

I. Klasse Parablastom — die Neubildung enthält nur Abkömmlinge des Mesoblast — mit den Unterabtheilungen: Leukocytome oder Granulome, Fibrom, Endotheliom, Angiom, Lymphom oder Myelom, Lipom, Myxom, Osteom und Chondrom, Myom, Sarkom.

II. Klasse Archiblastom — enthält neben der mesoblastischen Grundlage als vorzugsweisen, die Bedeutung und den Verlauf der Neubildung bestimmenden Bestandtheil Epithelien oder nervöse Elemente, die Abkömmlinge der Archiblasten. Unterabtheilungen: Epitheliom, Neuroblastom.

3) Das Teratoblastom oder Teratom, durch fötale Implantation entstanden, mit gleichfalls zwei Unterabtheilungen, dem »ektogenen« und »entogenen« Teratom.

Als besonders beachtenswerth, weil viele neue Beobachtungen enthaltend, möchten wir aus diesem die Geschwülste behandelnden Abschnitt, dessen detaillirte Besprechung uns viel zu weit führen würde, das Kapitel über »Endotheliom« bezeichnen.

Es lässt sich nicht leugnen, dass das K.'sche Werk uns in mancher Beziehung, nicht nur was die Eintheilung des Stoffes und die Ausdrucksweise anlangt, sondern auch in Bezug auf die in demselben ausgesprochenen Anschauungen etwas fremdartig anmuthet. Jedenfalls haben wir aber in demselben eine werthvolle Bereicherung unserer pathologisch-anatomischen Litteratur; ein Werk so voll von neuen Beobachtungen, genialen Gedanken und so durchweg von wissenschaftlichem Forschergeist durchdrungen, dass wir es Jedem, welcher in der Wissenschaft fortschreiten will, angelegentlichst zum Studium empfehlen können.

F. Neelsen (Dresden).

31. F. Penzoldt. Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung für Ärzte und Studirende.

Jena, G. Fischer, 1889. 249 S.

In dem Vorworte zu diesem Buche bemerkt der Verf., dass es nicht in seiner Absicht lag, eine Arzneimittellehre zu schreiben, sondern dem Lernenden wie dem Arzte einen Wegweiser an die Hand zu geben, aus welchem er Rath über die therapeutische Verwendbarkeit der einzelnen Arzneimittel schöpfen könnte. Es ist einleuchtend, dass eine solche Aufgabe nur auf der Basis eigener klinischer Erfahrung und Beobachtung in Angriff genommen werden konnte. Ihre Lösung ist dem Verf., wie vorauszusehen war, in bester Weise gelungen. In knapper, aber nichtsdestoweniger frischer Darstellung entwickelt P. die Gesichtspunkte, welche bezüglich der Anwendung der verschiedenen Mittel für den Arzt in Betracht kommen und erörtert deren Indikationen und Kontraindikationen gegenüber den einzelnen Krankheiten. Dabei beschränkt er sich keineswegs darauf, lediglich die Empfehlungen Anderer hervorzuheben, sondern ist vor allen Dingen bestrebt, seinen eigenen Standpunkt zu markiren. Der Eintheilung des Stoffes wurde die chemische Zusammensetzung der Medikamente zu Grunde gelegt, so dass mit den

anorganischen Arzneikörpern, welche in Metalle und Nichtmetalle gesondert sind, begonnen wird. Auch bei den zur Kategorie der organischen Mittel gehörigen Substanzen wurde die in der Chemie übliche Hauptscheidung in Körper der Fettreiche und aromatische Verbindungen durchgeführt. Der Auseinandersetzung über die therapeutische Verwendbarkeit, welche, wie gesagt, den Haupttheil und Zweck des Werkes bildet, ist bei jedem Mittel noch eine kurze Darstellung seiner physiologischen, bezw. pharmakodynamischen Wirkung vorausgeschickt. Eben so sind am Schlusse allemal die hauptsächlichsten Präparate, die Form ihrer Darreichung, ihre Dosirung und ihr Preis aufgeführt. Dagegen hat der Verf., wie uns scheint mit Recht, die Wiedergabe einzelner Arzneiformeln und Recepte vermieden. Bei dem Bestreben, die durch klinische Erfahrung gesicherten Thatsachen allerorts in den Vordergrund treten zu lassen, hat P. es sich angelegen sein lassen, die zweifelhafte Wirkung vieler Medikamente genügend hervorzukehren. Vielleicht ist er hierbei gegen seine ursprüngliche Absicht an einzelnen Stellen etwas zu radikal vorgegangen. Wenigstens will es uns nicht ganz berechtigt erscheinen, dass u. A. über die styptische Wirkung des Eisensesquichlorids bei Blutungen des Intestinaltractus, so wie über die Anwendung des Wismuth bei Ulcus ventriculi einfach der Stab gebrochen wird. Ganz vorzüglich ist die kritische Darstellung der neueren Fiebermittel und der Herzgifte. Ein dem Schluss des Werkes angefügtes therapeutisches Register erleichtert die Orientirung dadurch besonders, dass in ihm neben den Arzneimittelgruppen auch die Krankheiten, Symptome und Vergiftungen, deren Arzneibehandlung besprochen wurde, aufgeführt sind.

A. Fraenkel (Berlin).

32. **Naunyn.** Kurzer Leitfaden für die Punktion der Pleura- und Peritonealergüsse.

Straßburg, **K. J. Trübner**, 1889. 26 S.

Der vorliegende, 26 Seiten umfassende Leitfaden ist ganz vom Standpunkte des erfahrenen Praktikers aus geschrieben und für den praktischen Arzt berechnet. In der ersten Hälfte bespricht Verf. die Technik der Punktion, ihre Vorbereitung und Ausführung aufs eingehendste; von den Apparaten empfiehlt er den Potainschen Trokar und beschreibt diesen so wie seine Handhabung. In der zweiten Hälfte giebt Verf. die Indikationen und Kontraindikationen für die Punktion; erstere sind die bekannten; als kontraindicirt sieht er die Punktion an nur bei stark hämorrhagischer oder eitriger Beschaffenheit des Exsudates. Tuberkulose und Carcinom der Lungen resp. Pleura verbieten meist die Punktion nicht. Die serös-eitrigen Pleuraexsudate können punktirt werden, doch tritt nach der Erfahrung des Verf. bei längerer Dauer der Beobachtung schließlich doch die Nothwendigkeit der Thorakocentese ein. Resumirt die kurze Schrift auch im Wesentlichen bekannte Erfahrungen, so enthält sie doch so manche beherzigenswerthe Bemerkung, dass ihre Lektüre auch dem erfahrenen Arzte zu empfehlen ist.

Roenick (Berlin).

33. **X. Francotte.** Eléments de neuropathologie générale.

Liège 1889. 141 S.

Das vorliegende Buch ist eine Wiedergabe der Vorlesungen, die Verf. während der letzten Jahre in Lüttich gehalten hat. Da es lediglich für Studirende bestimmt ist, so enthält es nur die Elemente der Neuropathologie. Diese hat Verf. in knapper, übersichtlicher und geschickter Weise zusammengestellt, ohne sich auf nähere Details resp. strittige Fragen einzulassen. Die Eintheilung schließt sich derjenigen der bekannteren größeren Lehrbücher an. Eine Anzahl Abbildungen, meist älteren Werken entnommen, dienen zur besseren Veranschaulichung des Textes. **A. Neisser** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. Sonnabend, den 21. December. 1889.

1. **Krehl.** Über den Herzmuskelton. (Aus dem physiologischen Institut zu Leipzig.)

(Archiv für Anatomie und Physiologie 1889.)

Um festzustellen, ob der bei der Ventrikelkontraktion gehörte Ton bedingt ist durch die Kontraktion des Herzmuskels, wie die Versuche Ludwig's und Dogiel's lehren, oder ob derselbe nach dem Einwurfe Traube's durch Spannung der Atrioventricularklappen entsteht, wendete K. ein kleines Instrument an, das im Wesentlichen

aus einer verschiebbaren Federkrone besteht, welche von jedem Herzohr aus in den Atrioventricularring eingeführt wird und so die Spannung der Klappen verhindert. Es ergab sich nun, dass der Ton der gleiche blieb, sowohl wenn die Federkrone in den Ventrikel eingeführt oder zurückgezogen war, also eine Bestätigung der Resultate Ludwig-Dogiel's. Eine andere Bestätigung des Muskeltones wurde zufällig gefunden bei Verblutung von Hunden durch die Carotiden; man hört dann, sobald eine beträchtliche Menge Blut ausgeflossen ist, den zweiten Herzton nicht mehr, dagegen den ersten noch eine Zeit lang weiter und sogar auffallend laut, also zu einer Zeit, wo die Klappen wegen Blutmangels nicht mehr gespannt werden können. Auch die klappenlosen Vorhöfe tönen bei ihrer Kontraktion, ein Umstand, den Verf. zur Erklärung des Galopprhytmus verwendet, der seiner Ansicht nach dann zu hören sein wird, wenn ein Vorhof sich so zeitig kontrahirt, dass sein Ton von dem der Ventrikel abgrenzbar ist. **Markwald** (Gießen).

---

2. **Krehl.** Die Mechanik der Tricuspidalklappe. (Aus dem physiologischen Institut zu Leipzig.)

(Archiv für Anatomie und Physiologie 1889.)

Die Atrioventricularklappen sind geschlossen, wenn die Kontraktion der Ventrikel beginnt, da am gesunden Herzen keine Regurgitation von Blut aus den Kammern in die Vorhöfe sich nachweisen lässt; eine solche müsste aber stattfinden, wenn die Klappen erst mit Beginn der Systole geschlossen würden, weil dann das auf der Vorhofseite zwischen den Klappen befindliche Blut zurückgeworfen würde. Um die Mechanik der Atrioventricularklappen zu verstehen, muss man demnach erklären, wie dieselben am Ende der Ventrikeldiastole geschlossen werden und wie der Verschluss während der Systole der Ventrikel aufrecht erhalten wird. Für den ersteren Punkt ist von größter Wichtigkeit, dass die Längen der einzelnen Sehnenfäden in ganz bestimmtem Verhältnis zu einander stehen, da dann, wenn sie alle gespannt sind, die Klappe »gestellt« wird. Als eigentliche Hersteller des Klappenschlusses kommen nur die Kontraktionen der Vorhöfe und die dadurch hervorgerufene Bewegung des Blutes in den Ventrikeln in Betracht. Die Muskeln, die von den Vorhöfen auf die Klappen übergehen, tragen dazu bei, den Atrioventricularring zu verengern, sodann heben sie am Ende der Kammerdiastole die peripheren Theile der Segel und nähern die centralen der Mitte der Kammerhöhle. Der Verschluss selbst aber wird nur durch das Blut besorgt; der sich kontrahirende Vorhof entleert seinen Inhalt in den schon gefüllten Ventrikel, hierbei entstehen Wirbelbewegungen, welche das Klappensegel nach oben und nach der Mittellinie zu treiben; zugleich werden durch das in die Kammer eindringende Blut die Wände derselben gedehnt und üben, sobald der Druck von Seiten des Blutes nachlässt, ihrerseits wieder einen

Druck auf den Kammerinhalt aus, und dieser Druckzuwachs genügt, die zarten Ränder der Klappe an einander zu legen. Für die Aufrechterhaltung des Verschlusses während der Systole sodann ist die Formveränderung des Ventrikels nothwendig, bei welcher hauptsächlich die bestimmten Stellungen der Papillarmuskeln in Betracht kommen, welche in demselben Maße einen vermehrten Druck auf die Klappensegel ausüben, als der Druck des Blutes im Ventrikel wächst.

Markwald (Gießen).

---

3. **Antonio Beorchia-Nigris.** Sulle alterazione prodotte dalle injezioni nel tessuto della milza. (Laboratorio di fisiologia di Bologna.)

(Bullet. delle scienze med. 1889. März.)

Nach Injektionen in das Parenchym der Milz findet B. fast ausnahmslos anatomische Veränderungen an den Stichstellen. Die Veränderungen, deren Erscheinen unabhängig von der Natur der injicirten Flüssigkeit ist, zeigen eine größere oder geringere Ausdehnung, je nachdem viel oder wenig Flüssigkeit zur Injektion gelangte, je nachdem die Flüssigkeit lokale Reizwirkung übte oder nicht und je nach den anatomischen Lagebeziehungen des Organs zum Omentum. Die anatomische Läsion tritt auf als Kontinuitätstrennung von triangulärer oder rectangulärer Form, die von einer Kapsel umgeben ist und eine Füllung jungen Bindegewebes zeigt, welches von dem adhärenten Omentum geliefert wird. Wenn eine Verwachsung zwischen dem Omentum und den Wundrändern ausbleibt, vermisst man die Tendenz zur Narbenbildung. Die Volumabnahme von Milztumoren, welche mittels parenchymatöser Injektionen behandelt wurden, muss auf Narbenbildung in der gedachten Art bezogen werden. In der Behandlung chronischer Milztumoren räth B. eine lokal reizende oder ausgesprochen kaustisch wirkende Substanz, wie den Liquor arsenicalis Fowleri, eine 30%ige NaCl-lösung etc., den üblichen Injektionsflüssigkeiten reizlosen Charakters, also dem destillirten Wasser, einer Chinin- oder Strychninlösung vorzuziehen.

G. Sticker (Köln).

---

4. **Gaube.** Du sucre normal dans les urines.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 33.)

G. hat mit Hilfe eines neuen Reagens konstant Zucker im normalen Urin nachgewiesen. Das Reagens besteht aus 1 g chemisch reinem Kaliumeisencyanid, 20 g Natronlauge und 2000 g destillirtem Wasser, und ist eine Modifikation des Reagens von Gentile. Da das Kaliumeisencyanid sich reducirenden Substanzen gegenüber je nach der Stärke seiner Lösung verschieden verhält, so gestattet es mit der qualitativen zugleich eine quantitative Untersuchung des betreffenden Urins auf Zucker. Die Prüfung selbst geschieht folgendermaßen: Ein bestimmtes Volumen des Urins wird durch Bleizucker

und einen Strom von Schwefelwasserstoffgas vollkommen entfärbt. In einem kleinen Kolben von 60 g Inhalt werden 10 g des Reagens schnell gekocht, wodurch dessen Farbe sich nicht verändern darf, und mit einem Tropfenzähler ein Tropfen des Urins hinzugefügt. Nach einigen Sekunden folgt ein zweiter Tropfen, die Flüssigkeit wird aufs Neue (nicht bis zum Kochen) erhitzt, darauf wird wiederum ein Tropfen Urin und so fort bis zur Entfärbung des Reagens hinzugelassen. Es hat sich nun gezeigt, dass 0,0015 Zucker genau 1 g des frisch bereiteten Reagens entfärben, so dass also, wenn z. B. 8 Tropfen Urin 10 g des Reagens entfärben, sich ergiebt (8 Tropfen = 0,4) 0,0015 : 0,4 = 0,00375, oder auf 1 Liter (1000 g) berechnet = 3,75 g Zucker. Nachdem sich nun G. überzeugt, dass weder Ammoniak noch Milch, noch Essigsäure, Chloride, Dextrine, Alkohol, noch die anderen Substanzen, die im Urin vorkommen können, mit Ausnahme der Harnsäure, Einfluss auf das Reagens haben, war die Frage, ob jener durch dasselbe nachgewiesene Körper wirklich Zucker sei. Durch ein sehr sinnreiches Verfahren (cf. Original) gelang es Verf. dieses festzustellen. Die Grenze des normalen Zuckergehaltes des Harns zu bestimmen ist sehr schwierig. G. hat 210 Einzeluntersuchungen bei Personen im Alter von 6 Monaten bis zu 65 Jahren ausgeführt, von welchen er die Ergebnisse von je 10 Tagen bei 6 Individuen im Alter von 62, 50, 34, 23, 15 und 5 Jahren wiedergiebt. Es erhellt aus diesen, dass im Mittel der normale Zuckergehalt des Urins im kindlichen Alter 1 g pro Liter beträgt, beim Erwachsenen 0,7, im höheren Alter 0,8 in 24 Stunden. Alle Personen, deren Urin mehr Zucker, als in diesen Zahlen angegeben enthält, sind als diabetesverdächtig, und diejenigen, bei denen der Zucker im Harn unter diesen Grenzen bleibt, als »kachektisch« (?) anzusehen.

G. Meyer (Berlin).

---

5. **Walker** (London). Das Pankreas und die kreidefarbigen Stühle.

(A. d. med.-chir. Gesellsch. z. London. — Wiener med. Blätter 1889. No. 27. p. 427.)

Als Ausgangspunkt dienen zwei Krankheitsfälle, in welchen das ganze Leben hindurch farblose oder thongelbe Stühle zur Ausscheidung kamen; die Autopsie ergab einen Verschluss des Ductus pancreaticus, während der Gallenabfluss nicht behindert war. W. fasst seine klinischen und experimentellen Studien dahin zusammen, dass die farblosen Stühle nicht immer der Ausdruck einer Lebererkrankung oder einer Behinderung des Gallenabflusses in den Darm sind; dass die Bildung des die Fäces färbenden Hydrobilirubin abhängig ist von der gegenseitigen Reaktion der Galle und des Pankreassaftes im Darme; in Krankheiten wird ein Mangel an Pankreassaft und Galle die farblosen Stühle bedingen; tritt nun ein Theil der umgewandelten Gallenfarbstoffe als Hydrobilirubin in den gefärbten Fäces zu Tage, während das unveränderte Bilirubin, Bilifuscin und Biliverdin absorbirt

wird, so kann das Hydrobilirubin nur mit Hilfe des Pankreassaftes entstehen: dadurch kommt dem Pankreas eine bedeutende regulirende Wirkung der Gallenverwerthung zu, in so fern dessen Sekret zu bestimmen scheint, wie viel Galle mit den Fäces entleert und wie viel im Darmkanal zur Absorption gelangt. **Prior** (Köln).

---

6. M. Wasbutzki. Über den Einfluss von Magengährungen auf die Fäulnisvorgänge im Darm. (Aus dem Laboratorium der med. Klinik der Universität Straßburg.)

(Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. Hft. 1 u. 2. p. 133.)

Die Hauptfunktion des Magens, welche wichtiger ist als die Peptonisirung der Ingesta, liegt in seiner antifermentativen Thätigkeit. Letztere wird hauptsächlich, jedoch nicht ausschließlich, durch den Gehalt des Magensaftes an Salzsäure bedingt. Bleibt die Sterilisation im Magen ganz oder theilweise aus, so könnte unter Umständen ein abnormer Verlauf der Zersetzungsvorgänge im Darm resultiren. Um diese Frage der Beeinflussung der Darmfunktion durch das gleichzeitige Bestehen von Magengährungen zu lösen, hat W. 12 Fälle von verschiedenartigen Magenerkrankungen untersucht. Der gewöhnlich nach einem Probefrühstück gewonnene Magensaft wurde auf Salzsäure, Milchsäure und Buttersäure qualitativ untersucht, außerdem mikroskopisch der Gehalt an Mikroorganismen festgestellt. Dann wurde die Menge der gesammten und gepaarten Schwefelsäure in 100 ccm Harn und im Harn von 24 St. bestimmt. W. kommt zu folgenden Resultaten: 1) Es tritt Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren im Harn ein in Fällen von intensiven bakteriellen Gährungen im Magen, in welchen die Salzsäure entweder ganz fehlt oder erheblich vermindert ist.

2) Merkliche Verminderung der gepaarten Schwefelsäuren wird gefunden in Fällen von starker Hefegährung; die Salzsäurereaktion war unter solchen Umständen außerordentlich stark.

3) Zwei Fälle ohne Salzsäurereaktion zeigten normale oder sogar verminderte Mengen von gepaarten Schwefelsäuren. In diesen Fällen fanden aber im Magen sehr starke saure Gährungen — Milchsäure- und Buttersäuregährung — statt, welche die antifermentative Thätigkeit der Salzsäure übernommen zu haben schienen. Ob nicht trotzdem ein normaler Verlauf der Darmfunktion in solchen Fällen stattfindet, folgt, wie W. mit Recht bemerkt, hieraus nicht, denn die Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren ist eben nur eine Äußerung der gestörten Darmthätigkeit. **E. Levy** (Straßburg i/E.).

---

7. Arthur Katz. Über den Einfluss verschiedener Medikamente auf die künstliche Verdauung.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 27—29.)

Als Verdauungsmaterial benutzte K. eine nach der Angabe von Schütz bereitete Lösung von Hühneralbumin und in anderen Ver-

suchen getrocknetes Hühneralbumin, das im warmen Wasser leicht aufquillt und eine opalescirende Flüssigkeit von nur geringem Aschengehalt gab; als Verdauungsflüssigkeit nahm er eine Zusammenstellung von 1 Liter Wasser mit 2,0 g Pepsinum activum und einem Salzsäurezusatz von 2,0 bis 2,5‰. Die zu prüfende Substanz wurde dem Kölbchen zugesetzt, die Verdauung im Brütofen vorgenommen. Mit den nothwendigen Kontrollversuchen verglichen, zeigt sich, dass Morphium muriaticum und Sulfonal eine Hemmung der Peptonbildung hervorrufen; letzteres aber nur in sehr großen Dosen, wie 3,0 auf 200 ccm der Verdauungsflüssigkeit. Ohne Einfluss auf die künstliche Verdauung sind Atropin, Strychnin, Tinctura nucum vomicarum, Chloralhydrat, Kalium arsenicosum, Sulfonal in kleinen Dosen, Tinctura Strophanthi und Kreosot; eine Vermehrung der gebildeten Peptone geben die Chininsalze: Chininum sulfuricum, bisulfuricum, muriaticum.

Prior (Köln).

---

8. **Edgar Gans.** Untersuchungen über den Einfluss des Saccharins auf die Magen- und Darmverdauung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 13.)

G. hat, um bezüglich der von französischen Forschern (Worms, Dujardin Beaumetz) gegen die Anwendung des Saccharins bei Diabetikern erhobenen Bedenken Klarheit zu schaffen, unter der Leitung des Ref. den Einfluss des Saccharin auf die Magenverdauung an menschlichen Magen- und Darmsäften studirt. Hierbei zeigte sich, dass das Saccharinpulver rein mechanisch die peptische und Labwirkung durch theilweises Niederreißen der Fermente verzögern kann. Löst man dagegen das Pulver, so ist von einer wesentlichen Behinderung der digestiven Fermente nichts mehr wahrzunehmen. An Darmsäften angestellte Versuche ergaben genau dasselbe Resultat für die Pankreasverdauung. Des Weiteren hat G. den bereits früher festgestellten antiputriden Einfluss des Saccharins studirt und gefunden, dass dasselbe die Bildung der aromatischen Produkte des Darmsaftes wesentlich behindert, wesshalb es sich als Mittel bei Gährungsprocessen im Magendarmkanal, sowie bei chron. Diarrhoen empfiehlt. Wegen der mechanischen Einwirkung des Pulvers auf die Fermentwirkung räth G. das Saccharin in heißen Lösungen, eventuell das saccharinsaure Natron, welches sich auch in kaltem Wasser löst, darzureichen.

Boas (Berlin).

---

9. **F. Wolff.** Das Verhalten der Meningitis cerebrospinalis zu den Infektionskrankheiten.

(Festschrift z. Eröffnung d. neuen allgem. Krankenhauses z. Hamburg 1889. p. 109.

Von der Beobachtung ausgehend, dass bei vielen Infektionskrankheiten — Rheumatismus, Endocarditis, Tuberkulose, Pneumonie, Scharlach, Typhus, selbst bei Masern, Febris intermittens, Cholera asiatica, Pocken etc. — Symptome von Meningitis auftreten, ja dass

diese sich so in den Vordergrund des gesammten klinischen Bildes drängen, dass erst eine längere Beobachtungsdauer darüber entscheiden kann, ob es sich z. B. um Meningitis oder Typhus handelt, stellt sich Verf. die Frage: ist die Meningitis als selbständige Krankheit zu der bereits bestehenden Pneumonie, Scarlatina etc. hinzugetreten, oder ist die Meningitis wie die vorliegende Krankheit auf ein und dieselbe Infektion zurückzuführen. Die Entscheidung der Frage ist nur mit Hilfe der Bakteriologie möglich. Wenn es mit Sicherheit eine tuberkulöse und eine pneumonische, mit Wahrscheinlichkeit eine typhöse Meningitis giebt, so ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass es auch eine scarlatinöse etc. Meningitis giebt. Der Umstand, dass makroskopische Veränderungen an den Rückenmarkshäuten oft fehlen, widerlegt die Annahme nicht. Hat doch Curschmann in einem unter dem Bilde einer Landry-schen Paralyse letal verlaufenen Falle von Typhus Typhusbacillen in dem Hals- und Brustmark gefunden, ohne dass eine Spur von Exsudat an den Meningen wahrzunehmen gewesen wäre, und Schultze (Dorpat) Fälle beschrieben, die unter dem klinischen Bilde einer Meningitis verliefen, in anatomischer Beziehung makroskopisch an den Meningen keine pathologischen Veränderungen ergaben, bei der mikroskopischen Untersuchung dagegen eine Anhäufung von Zellen um die Gefäße der Centralorgane (cf. Strümpell) erkennen ließen. Wenn ferner Weichselbaum die Fränkelschen Pneumoniekokken nicht nur in den Lungen und Meningen, sondern auch in der Substanz der Valvula mitralis bei einem Falle, wo eine frische ulceröse Endocarditis mit Meningitis c. sp. kombinirt war, nachwies, so ist die Folgerung wohl nur eine logische, dass alle drei Erkrankungen in demselben Organismus auf ein und dieselbe Infektion zurückzuführen sind. Gesteht man die Möglichkeit sekundärer Meningitiden zu, so bedarf es keines Zwanges, die Fälle von sogenannter sporadischer Meningitis als typhöse, pneumonische etc. Meningitiden anzusehen, wo es sich um eine larvirte Form des Typhus, der Pneumonie etc. und um die Lokalisation der Infektion in den Centralorganen handelt. Dass demnach die sporadischen Meningitisfälle nicht als ätiologisch einheitlich zu betrachten sind, bedarf keines Wortes. Der Versuch des Verf., die sporadische Form der Meningitis aus der Reihe der selbständigen Krankheiten zu streichen, dessgleichen die Meningitis c. sp. und die dieselben komplicirenden Infektionskrankheiten auf einen gemeinsamen Krankheitsstoff zurückzuführen, ist ganz konform den Forschungsresultaten der Bakteriologie; die einzelnen interessanten Details der Erwägungen und Schlussfolgerungen sind in der Originalabhandlung nachzusehen.

Roenick (Berlin).

10. **A. Saenger.** Über die Fibringerinnsel und Curschmann-schen Spiralen im Sputum der Pneumoniker.

(Festschrift zur Eröffnung des neuen allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf 1889. p. 160.)

Die Thatsache, dass bei der krupösen Pneumonie und der sie so häufig begleitenden fibrinösen Bronchitis und Bronchiolitis Fibringerinnsel im Sputum gefunden werden, ist längst bekannt, doch nie so eingehend gewürdigt worden, dass ihre nähere Untersuchung überflüssig erschiene. Verf. untersuchte das Sputum von 35 Pneumonikern bis 8 Tage nach dem Temperaturabfall. Die Fibringerinnsel erscheinen im Sputum als fleischfarbene, röthliche, von zähem Schleim eingehüllte Klümpchen; ihre Länge beträgt meist 1—3 cm, häufig 4—6 cm, selten 8 cm. Ihre Form entspricht der des Bronchialbaumes, dem sie entstammen, doch nicht so genau, dass sie nicht stellenweise bauchige Auftreibungen und plötzliche Verjüngungen zeigten. Die feinen Enden und Ästchen der Gerinnsel sind stets solid, manchmal spiralig gedrehte Fäden; die größeren Stämme weisen nicht selten Hohlräume auf. Ihrer Konsistenz nach sind die Gerinnsel zu Anfang der Expektoration derb und elastisch, später weicher, oft macerirt. Bei mikroskopischer Betrachtung zeigen sie eine Oberfläche, die von zahlreichen rothen Blutkörperchen und vereinzelten Epithelien besetzt ist. Das Gerinnsel selbst ist strukturlos, eigenthümlich glänzend und enthält zahlreiche Leukocyten, oder man sieht besonders bei den zarteren Fäden längsparallele Fasern, zwischen denen Leukocyten, körnige Massen und Fetttröpfchen liegen. Das chemische Verhalten entspricht dem der coagulirten Albuminate. Was die Häufigkeit ihres Vorkommens anbetrifft, so waren die Gerinnsel 33mal bei 35 Fällen vorhanden; sie zeigten sich am 2. Krankheitstage, waren am 5. und 6. Tage am häufigsten und wurden auch noch am 11. Krankheitstage konstatirt. Die Dauer ihrer Anwesenheit beträgt meist 1 Tag, häufig auch 2 und 3 Tage, selten 5 resp. 11 Tage. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die fibrinösen Gerinnsel eine pathognomonische Bedeutung erhalten können; z. B. war in einem Falle von centraler Pneumonie bei dem Fehlen der gewöhnlichen anderen objektiven Symptome das Auffinden eines fibrinösen Gerinnsels ausschlaggebend für die Diagnose. Prognostisch ist zu bemerken, dass die Genesung um so sicherer und rascher eintritt, je früher, reichlicher und anhaltender die Expektoration der Bronchialgerinnsel beginnt. Die vorher erwähnte spiralige Drehung der feinen Gerinnselfäden kann nicht zur Verwechslung mit Curschmann'schen Spiralen verleiten; bestehen diese doch nicht aus Fibrin, sondern aus modificirtem Schleim. Nur kurze Zeit verweilt Verf. bei der Beschreibung der Curschmann'schen Spiralen; er bestätigt durch ein einfaches Experiment die schon früher von Pel und Curschmann ausgesprochene Vermuthung, dass der Centralfaden dieser Spiralen kein selbständiges Gebilde, sondern nur der optische Ausdruck für die stärkere Drehung der der Achse der Spirale näher liegenden Theile

ist; er drehte nämlich mit der Pincette ein wenig amorphen, auf der Unterlage festhaftenden Schleim um sich selbst und erhielt nach ca. 20—25 Drehungen den Anblick des Centralfadens; freilich reicht diese Erklärung zur Deutung der nackten Centralfäden, wie Verf. selbst hervorhebt, nicht aus. In den 5 Pneumoniefällen mit Spiralenbefund war kein Asthma vorhanden; die Spiralen sind daher hier das Produkt einer die krupöse Pneumonie selten begleitenden, akuten exsudativen Bronchiolitis. **Roenick** (Berlin).

---

11. A. Cantani. Über Diabetes mellitus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 12—14.)

C. wendet sich in seinen Ausführungen zunächst gegen die von Ebstein aufgestellte Theorie des Diabetes. Nach Ebstein's Versuchen ist die Kohlensäure im Stande, die Wirkung der saccharificirenden Fermente zu verzögern, eine Verminderung der Kohlensäure würde also der ersteren Wirkung steigern. Er führt nun den Diabetes zurück auf eine Unvollkommenheit des Protoplasmas, aus kohlenstoffhaltigen Substanzen CO_2 zu bilden, dem entsprechend würde diese geringere Menge von CO_2 nicht im Stande sein die Wirkung des diastatischen Fermentes auf das Glykogen, das aus den eingeführten zuckerartigen Substanzen stammend, überall im Körper, besonders reichlich in der Leber und den Muskeln vorhanden ist, in Schranken zu halten; es würde also beim Diabetiker mehr Zucker als im Gesunden gebildet.

Nach C.'s Ansicht beruht dagegen der Diabetes auf einer Nichtverbrennung der von außen eingeführten oder normalerweise innerhalb des Organismus producirten Kohlenhydrate. Zunächst wird im Beginn der Erkrankung nur ein kleiner Theil der Kohlenhydrate nicht assimilirt, die größere Menge noch verbrannt; nach und nach wird ein immer kleinerer Theil der Kohlenhydrate verbrannt, endlich gar nichts mehr — dann entspricht die Menge des Zuckers im Urin genau der Menge des eingeführten Zuckers. Später scheidet der Diabetiker auch bei absoluter Fleischdiät Zucker aus und zwar in einer gewissen Quantität, die wiederum der Menge der eingeführten Albuminate und damit der Menge des Glykogens entspricht, welches man sich, als aus jenen im Organismus entstanden vorstellen muss. Nachdem der Diabetiker vollständig aufgehört hat die Kohlenhydrate zu verbrennen, kommt der Zeitpunkt, wo er die aufgenommenen Fette nicht mehr verdaut, dann auch eine Periode, in welcher die Albuminate nicht mehr verdaut und assimilirt werden; endlich erscheint jedes Absorptionsvermögen des Darmes auf das äußerste vermindert oder aufgehoben, so dass auch in den Magen eingeführte Glykose nicht mehr im Urin erscheint. Auf dieser abnormen mikrochemischen Funktion der chylopoëtischen Organe beruht der Mangel der Verbrennung des Zuckers in Kohlensäure und Wasser.

Gegen die Ebstein'sche Theorie sprechen eine Reihe von That-

sachen. So kann man z. B., wenn der Zucker im diabetischen Urin vor dem Tode des Kranken verschwindet, nicht annehmen, dass der dem Tode nahe Diabetiker wieder so viel Kohlensäure zu produciren anfängt, als nöthig, um die Wirkung des diastatischen Fermentes zu zügeln. In Bezug darauf ist zu bemerken, dass in letzteren Fällen die sofort nach der Autopsie untersuchte Leber weder Zucker noch Glykogen enthält, obgleich die Pat. alle Arten von Kohlenhydraten vorher genossen hatten.

Was die von C. beobachteten Fälle anlangt, so fanden sich unter 1108 Diabetikern 915 männliche (82,58%), 193 weibliche (17,42%) Pat. Betreffs des Alters zeigt sich die größte Zahl der Krankheitsfälle zwischen dem 40.—65. Jahre. Unter 1004 Fällen fanden sich in 37,65% der Krankheit vorausgegangene Gemüthsbewegungen gegen 62,35%, in denen jeder Grund, eine Gemüthsbewegung anzunehmen, völlig fehlte. In 10,25% hatte kürzere oder längere Zeit vor der Erkrankung ein Trauma stattgehabt. In 14,45% fand sich mit dem Diabetes eine centrale oder peripherische Neuropathie vergesellschaftet; in 85,55% ließ sich eine Beziehung zwischen Diabetes und Nervenkrankheit nicht nachweisen. In 13,95% waren dem Diabetes Verdauungskrankheiten vorausgegangen. In 67,44% waren in der Familie des Diabetikers andere Stoffwechselerkrankungen vorhanden; Diabetes selbst wurde in der Familie bei 17,93% der Fälle angetroffen. In 33,66% war der Diabetes komplicirt mit anderen Stoffwechselkrankheiten. Man kann ferner die 1004 Diabetiker vertheilen in 926 Familien, von denen 87,69% nur einen sicheren Diabetiker aufwiesen, während in 12,31% mehrere Diabetiker vorhanden waren. Von 1108 Diabetikern waren 296 = 26,71% unter einander verwandt.

Betreffs der bei seinen Diabetikern verordneten Diät ist C. sehr streng. Das Schema dieser Diät ist kurz: Für 3 Monate Fleischkost von beliebigen Thieren (Fische, Mollusken, Krustenthiere); Eier, Bouillon, gekochter Schinken, pankreatisches Thierfett, Öl, Salz; schwarzer Kaffee und Thee; rektificirter Alkohol mit kohlensaurem Wasser und Zusatz eines aromatischen Wassers; Citronensäure in Wasser. Im 4. Monate beginnt gewöhnlich die allmähliche Rückkehr zu der gemischten Kost.

Von Medikamenten hat C. nicht viel gesehen. Das Saccharin ist nicht immer ohne schädlichen Einfluss. Das Opium beschleunigt den Verfall der Magendarmfunktion. Salicylsäure, Phenol, Thymol, Arsenik, Strychnin, Jodoform, Jod, Ammoniaksalz, Chinin, Pilokarpin, Terpentin, Digitalis, Bromsalze haben alle keinen Einfluss auf den diabetischen Process.

Die Alkalien können dagegen die antidiabetische Diät nützlich unterstützen.

Es gelingt bei dieser Behandlung eine ganze Reihe von Kranken zu heilen.

Bei dem von dem konstitutionellen Diabetes völlig zu trennenden neurogenen Diabetes ist meist eine antidiabetische Diät nicht angebracht.

Leubuscher (Jena).

---

12. Franz Mahnert (Graz). Das Methacetin in seinen weiteren Eigenschaften.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 28 und 29.)

Gaben von 0,3 bis 0,4 sind im Stande, beim Erwachsenen Temperaturerniedrigung hervorzurufen; nach Bedarf und der Höhe des Fiebers kann solche Dosis zwei bis dreimal im Tage gegeben werden. Meist $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde nach der Darreichung kommt es zur Schweißbildung; die Entfieberung geht allmählich vor sich; parallel dem Sinken der Temperatur geht die Pulsfrequenz einher, welche nach 2—3 Stunden am niedrigsten ist, um dann langsam mit der steigenden Temperatur anzusteigen; die Temperatur steigt bei den verschiedenen Krankheiten verschieden rasch, am raschesten beim septischen Fieber, am spätesten bei der Tuberkulosis und der akuten Polyarthritis. Die Herzkraft wird nicht geschwächt; die Blutuntersuchung ergiebt keine Abweichung.

Das Methacetin beeinflusst die Polyarthritis acuta günstig, indem mit Nachlassen des Fiebers auch bedeutende Abnahme der Schmerzen und der Schwellungen an den Gelenken eintritt, so dass M. an eine specifische Wirkung denkt, wie sie dem verwandten Phenacetin eigen ist. Dem Wechselfieber gegenüber schiebt Methacetin die Fieberanfälle hinaus, koupirt vorhandene Anfälle, wirkt aber nie dauernd und heilend, wie das Chinin. Als Nervinum wirkt es günstig auf lancinirende Schmerzen der Tabetiker, beseitigt Cephalalgien aus verschiedenen Ursachen, erweist sich nützlich bei chronischen Muskelrheumatismen und bringt bei Neuralgien und peripheren Neuritiden Nachlass und Verschwinden der Schmerzen.

Einen besonderen Vorzug hat das Methacetin vor dem Phenacetin nicht, beide Mittel sind äquivalent. **Prior** (Köln).

---

13. **Gaudinau.** Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la Méthylacétanilide (Exalgine).

Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, **G. Steinheil,** 1889.

Die Studien, die Verf. auf Veranlassung und unter Leitung von Dujardin-Beaumetz angestellt hat, zerfallen in einen physiologischen und einen klinischen Theil.

Das Methylacetanilid übt eine lokale Wirkung auf die organischen Elemente aus: bei kürzerer Einwirkung werden die Muskeln zeitweise, bei längerer dauernd gelähmt.

Subkutane Injektion bewirkt beim Frosch Trägheit der Bewegungen, die auf Lähmung der peripheren Nerven und einer gewissen Erstarrung der Nervencentren beruht. Die Athmung hört auf, der Herzschlag ist verlangsamt. — Bei Warmblütern tritt eine Blutveränderung ein: das Blut wird schwarz durch Reduktion des Oxyhämoglobins; bei längerer Einwirkung nimmt es die für die Anwesenheit von Methämoglobin charakteristische braune Färbung an. Zahl und Form der rothen Blutkörperchen wird nicht wesentlich verändert.

Die Veränderungen der Blutmischung und der Athmung sind die Hauptursachen des Todes bei Warmblütern. Arterieller Druck, Energie der Herzthätigkeit, Reizbarkeit des Vagus werden wenig beeinflusst. — Herabsetzung der Temperatur findet in der Periode der Asphyxie statt und wird kurz vor dem Exitus sehr beträchtlich.

Das Exalgin ruft bei den Thieren klonische, epileptiforme Krämpfe mit Schreien und Speichelfluss hervor; diese Anfälle werden durch freie Intervalle unterbrochen, während deren das Thier sich ängstlich bewegt. Bei tödlicher Dosis tritt unter andauernden Krämpfen Collaps und Exitus ein.

Eine gewisse Gewöhnung an das Exalgin thut sich dadurch kund, dass Thiere, die schon einmal das Mittel erhalten haben, in der Folge größere Gaben vertragen können.

Der therapeutische Werth des Exalgins liegt hauptsächlich in seiner Wirkung auf das Nervensystem. In Einzeldosen von 0,25 — 0,6 g oder Tagesdosen von 0,4—0,8 g verabreicht, führt das Exalgin im Zeitraum von $^1/_2$—1 Stunde in allen Fällen von Neuralgie ein Aufhören der Schmerzen herbei; eben so werden bei rheumatischen Gelenkschmerzen, so wie bei ausstrahlenden Schmerzen bei Organleiden vorzügliche Erfolge erzielt. Dabei sind ungünstige Nebenwirkungen, abgesehen von bald weitergehendem geringen Ohrensausen und leichtem Gefühl von Trunkenheit nie zu verzeichnen gewesen.

Die Quantität des Urins sowohl wie die Zuckerausscheidung wird durch Exalgin vermindert, oft sogar in beträchtlicher Weise.

Alle Kranken haben das Exalgin gern genommen; viele sogar nach einmaliger Verabreichung stürmisch danach verlangt.

Verf. giebt sodann eine Übersicht über die Erfolge, die er in 75 Fällen von Neuralgien, Gelenkschmerzen, Epilepsie, Tuberkulose, Diabetes, Tabes, Gicht etc. durch Darreichung des Exalgins in Bezug auf Linderung der Schmerzen erzielt hat.

Die interessante Arbeit schließt mit einigen pharmakologischen Bemerkungen: Das Exalgin ist wenig löslich in kaltem, besser löslich in warmem Wasser, gut löslich in Alkohol und schon in Wasser, dem etwas Alkohol zugesetzt ist.

Folgende Art der Darreichung ist zu empfehlen: Rp. Exalgine 2,5, Alkohol Menth. 15,0, Aq. dest. 190,0, Syr. simpl. 30,0. MDS. Esslöffelweise zu nehmen (1 Esslöffel enthält 0,2 g Exalgin). Außerdem kann man das geschmacklose Exalgin auch in Pulverform verabfolgen.

M. Cohn (Berlin).

14. E. Küster. Über die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen mit besonderer Berücksichtigung des Empyems der Pleura.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. p. 10 ff.)

Im Gegensatz zu den Anschauungen, welche auf dem 1886er Kongress für innere Medicin von einer Reihe interner Kliniker

ausgesprochen wurden, formulirt der Verf. die Grundsätze, nach denen, analog der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen, überhaupt auch das pleuritische Empyem behandelt werden soll. Eine rationelle Therapie muss hierbei die möglichst rasche Wiederentfaltung der komprimirten Lunge anstreben, und dies kann nur durch einen frühzeitigen Einschnitt und durch die Möglichkeit eines vollkommen freien, durch nichts gehinderten Eiterabflusses geschehen. — K. hat bereits im Jahre 1877 als Behandlungsgrundsätze aufgestellt: 1) bei frischen Empyemen doppelte Incision unter antiseptischen Kautelen und Einlegung kurzer Drainstücke; 2) bei älteren Empyemen mit verzögerter Lungenausdehnung, um die Kompression des Drains zu verhüten, entweder nachträglich oder besser von vorn herein eine Rippe zu reseciren, und zwar am tiefst gelegenen Punkte; 3) bei Brustfisteln Resektion von je 1—2 Rippen vorn und hinten unter weiterer offener Wundbehandlung zu machen. An diesen Maßregeln hält er auch heute noch fest, nur dass er bei frischen Fällen heute auch eine Rippe resecirt. Die Hauptsache bildet für ihn die Aufsuchung des tiefsten Punktes, was er durch Einschiebung einer Sonde in die vordere Incisionsöffnung erreicht. Die darüber liegende Rippe wird resecirt, dann die Höhle gereinigt, ein dicker Drain quer durch den Brustraum geschoben und antiseptisch verbunden. Ähnlich verfährt er bei abgekapselten Empyemen, während Brustfisteln ein komplicirteres Verfahren nöthig machen.

Von 109 nach diesen Principien operirten Fällen sind 55% völlig geheilt, 15,6% ungeheilt geblieben, 29,4% gestorben. Besonderes Interesse verdienen dabei die Tuberkulösen, die im Ganzen 31 Fälle bildeten; hiervon heilten 23%, 29% behielten Fisteln, 41,9% starben. Gegenüber diesen günstigen Resultaten sind die gegen die »Radikaloperation« gemachten Einwände wenig stichhaltig, da dieselbe weder besondere Schwierigkeiten noch Gefahren in sich schließt, die Nachbehandlung keine besonderen Umstände erfordert und die nachträglichen Schädigungen in Form der Thoraxdifformität nicht auf die Resektion, sondern auf die durch die Verschleppung der richtigen Behandlung hervorgerufene Lungenatelektase zu schieben sind. Wirkliche Gefahren liegen in der Narkose, die bei der Athmungsbehinderung mit großer Vorsicht vorzunehmen ist. Die Behandlung der Eiterungen in anderen starren Höhlen, welche K. noch bespricht, haben ein specifisch chirurgisches Interesse und müssen daher an anderer Stelle wiedergegeben werden. — Bemerkt sei noch, dass K. seine Priorität in der Angabe der Radikaloperation gegenüber Esthlander betont und nachweist. **Honigmann** (Gießen).

---

15. **Sommerbrodt.** Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Kreosot.

(Therapeutische Monatshefte 1889.)

S. empfiehlt aufs Neue die von ihm eingeführte Kreosottherapie der Phthise. Er hält seine bei seinen ersten Veröffentlichungen ge-

machte Behauptung, dass das Anfangsstadium dieser Krankheit durch Kreosot geheilt, im Übrigen jedenfalls den tuberkulös Erkrankten sehr viel Erleichterung geschafft werden könne, vollkommen aufrecht auf Grund eigener Erfahrungen, wie auch, gestützt auf die Resultate vieler Anderer. Eine ganz sichere Erklärung für die günstige Wirkung des Kreosots ist allerdings noch nicht gegeben. P. Guttmann's Untersuchungen, welche zeigten, dass etwas mehr als $^1/_{4000}$ Kreosotgehalt das Blutserum gegen Tuberkelbacillen immun machen, verlangen, dass zur Erreichung einer solchen Wirkung im Körper dem entsprechend ca. 1 g Kreosot im Blute kreisen, also viel größere Mengen Kreosot, als es überhaupt möglich ist, in den Magen eingeführt werden müssten. S. stellt diesen Ausführungen die Möglichkeit einer kumulativen Wirkung des übrigens in möglichst großen Dosen (1 g pro die) monatelang dargereichten Kreosots entgegen. Wie die Guttmann'schen Untersuchungen an Nährlösungen, so geben auch die Cornet'schen Experimente am Meerschweinchen keine Erklärung für die heilsame Wirkung des Kreosots; sie zeigen dessen Einflusslosigkeit bei der Infektion dieser Thiere mit Tuberkelbacillen, so dass nach ihm die günstige Beeinflussung der Phthise von Seiten des Kreosots durch seine den Appetit verbessernde Wirkung (Klemperer) und durch die Verminderung der Sekretion der Bronchialschleimhaut (Cornet) zu deuten ist. S. jedoch beobachtete am Menschen so eklatante günstige Wirkungen des Kreosots auf die Bacillen und den Lungenprocess selbst — eine Krankengeschichte mit besonders günstigem Verlauf ist beigefügt —, dass er die Untersuchungen Cornet's vom Meerschweinchen auf den Menschen nicht bezogen wissen will. Er verordnet es nach wie vor in Kapseln zu 0,05 mit Tolubalsam in großen Dosen, 1 g und mehr pro die.

Rosin (Breslau).

---

16. **C. Lüderitz.** Über Glycerinklystiere.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 13.)

Um die Frage, wie die eccoprotische Wirkung des Glycerins zu erklären ist, zu entscheiden, hat L. Versuche an Kaninchen mit eröffnetem Abdomen gemacht. Bei Einspritzung einer geringen Quantität Glycerin tritt nach kurzer Zeit im Mastdarm neben den Kothballen eine helldurchscheinende Flüssigkeit auf, die allmählich bis 15 cm und weiter vom Anus entfernt in die Höhe steigt. Gleichzeitig ist die Mastdarmschleimhaut stärker injicirt als vordem und es treten weiterhin energische Bewegungen an derselben auf, deren Gesammteffekt eine Abwärtsbeförderung des Darminhaltes ist. Wo die Flüssigkeit nicht hingelangt, fehlen die Bewegungen. In anderen Fällen sind die eintretenden Darmbewegungen nicht kräftig genug, den Sphincterschluss zu überwinden, wesshalb es nicht zur Stuhlentleerung kommen kann, in noch anderen tritt sofort, ohne dass sichtbare Bewegungen auftreten, Stuhlgang auf. Die Glycerinwirkung ist demnach eine lokale auf den Darmabschnitt, den sie

berührt, beschränkte. Im Allgemeinen ist Verf. der Ansicht, dass sich beim Menschen die Glycerinwirkung in derselben Weise erklären lasse. **Boas** (Berlin).

---

17. **Sehrwald.** Die Ätzwirkung des Broms und ihre Behandlung.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 25 u. 26.)

S. macht zunächst auf die starken ätzenden Wirkungen des Broms auf die äußere Haut und der Bromdämpfe auf die Schleimhäute aufmerksam, Erscheinungen, denen in der Litteratur bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. S. hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten: ein im Laboratorium arbeitender Herr goss sich aus Versehen 5 ccm reines Brom über die Hand. Es trat eine ausgiebige Verätzung der betroffenen Hautstellen ein, Gelbfärbung, Blasenbildung, große Schmerzhaftigkeit; außerdem eine intensive Reizung der Respirationsschleimhaut. Ferner bestand starke Benommenheit und heftiges Kopfweh.

Eine rationelle Behandlungsweise dieser Fälle besteht bei der Seltenheit derselben bisher nicht. Ausgehend von der rein chemischen Beziehung des Karbols zum Brom — das Brom substituirt im Karbol drei Wasserstoffatome und führt es in weißes, unlösliches Tribromphenol über — wandte S. in diesem Falle Karbolwaschungen an. Zur Feststellung der Wirkung in reinen Fällen machte er außerdem an sich selbst noch einige diesbezügliche Versuche. Deren Resultat fasst er in folgender Weise zusammen: Bei Verätzungen der Haut durch Brom ist die verdünnte Karbolsäure als Antidot und Anästheticum das weitaus rationellste Mittel; eben so wirkt bei den Reizungen der Schleimhäute durch Bromdämpfe und den im Gefolge auftretenden Allgemeinerscheinungen das Einathmen der Dämpfe des koncentrirten verflüssigten Karbols geradezu als Specificum und verdient vor allen sonst empfohlenen Mitteln den Vorzug.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

18. **Hampeln.** Über zwei Formen der Aortenklappeninsufficienz.

(Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 20.)

Verf. hebt hervor, dass es unbedingt nothwendig ist, bei der Insufficienz der Aortenklappen zwei Formen zu unterscheiden, die primäre, auf eigentlicher Endocarditis beruhende, und die sekundäre, durch Arteriosklerose bedingte. Die Wichtigkeit dieser Trennung tritt besonders hervor hinsichtlich der Prognose, welche bei der ersteren im Allgemeinen eine günstige, bei der letzteren dagegen, namentlich wenn ein Zusammenhang mit Syphilis und Alkoholismus besteht, meistens eine schlechte ist. Die Unterscheidung beider Formen ist klinisch nicht schwierig, Verf. hat sich aber auch der Aufgabe unterzogen, die Beschaffenheit des Pulses in einer Reihe von einschlägigen Fällen einer instrumentellen Untersuchung zu unterwerfen, ohne jedoch, wie aus den beigefügten, mittels des Dudgeon'schen Sphygmographen hergestellten Pulskurven ersichtlich ist, eine differentiell-diagnostische Bedeutung der besonderen Insufficienzform daraus zu gewinnen, weil bei

beiden Formen die Radialarterien oft von gleicher Beschaffenheit sind. Von welcher Tragweite aber die Erkennung der vorliegenden Form der Insufficienz ist, ob sie endocarditischen oder arteriosklerotischen Ursprungs, wird durch eine anschließende Krankengeschichte illustrirt. **Markwald** (Gießen).

19. Zweifel. Über Lungenentzündung nach Laparotomien in Folge von Zersetzungen des Chloroforms im Gaslicht. (Aus der gynäkologischen Klinik zu Leipzig.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Z. hat bei einer Reihe von Laparotomien, die wegen äußerer Verhältnisse bei Gaslicht im schlecht ventilirten Zimmer vollzogen werden mussten, die schlimme Erfahrung gemacht, dass während und nach der Operation starke bronchiale Reizerscheinungen entstanden, die, zu Bronchitiden und katarrhalischen Pneumonien entwickelt, den Erfolg der Operation außerordentlich gefährdeten. Z. führt diese Zwischenfälle auf die schädliche Wirkung zurück, welche durch die Zersetzungsprodukte des Chloroforms im Gaslicht auf die Schleimhaut der Bronchien ausgeübt wird. Von dem Tage an, wo in seiner Klinik bei künstlicher Beleuchtung die Chloroformnarkose abgestellt und durch Äther ersetzt wurde, kamen alle Operirten glatt und ohne jede Spur von Hustenreiz durch. Er empfiehlt daher unter ähnlichen Verhältnissen Äthernarkose, oder die Gasbeleuchtung in Gestalt des Siemensbrenner, durch den die Verbrennungsprodukte ihren Ausgang fanden, ohne die Zimmerluft zu verunreinigen. **Honigmann** (Gießen).

20. Aronsohn (Berlin-Bad Ems). Künstlich erzeugtes Asthma beim Menschen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 17.)

Bei einem 33jährigen Prediger, der an Heiserkeit litt, aber noch nie Asthma gehabt hatte, wurde ein fibröser Polyp der rechten mittleren Muschel konstatirt. In Folge der ersten Operationsversuche stellten sich im Laufe des gleichen Tages und der folgenden Nacht Anfälle von Brustbeklemmung und Luftmangel ein, die nach völliger Entfernung der Geschwulst wieder verschwanden. Es handelte sich also um einen Fall, in welchem Athma bei einem Nichtasthmatiker hervorgerufen wurde. **Seifert** (Würzburg).

21. Guyer. Die Intubation des Larynx nach O'Dwyer.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 13.)

In dem Kinderspitale in Zürich wurde bis Ende Mai 1889 die Intubation wegen akuter Larynxstenose in 27 Fällen ausgeführt. Davon genasen 13, die beiden jüngsten Kinder zählten 8 und 13 Monate, die übrigen standen im 2. bis 8. Lebensjahre. Bei all diesen Kindern war durch die Pharynxaffektion sowohl als durch ausgehustete Membranen der diphtheritische Charakter der Stenose erwiesen, immer war die Stenose so hochgradig, dass nur die Wahl zwischen Tracheotomie oder Intubation lag. Bei den 14 Gestorbenen war die Todesursache in 11 Fällen ausgedehnte Bronchialdiphtherie, bei 2 Kindern Pneumonie, bei einem Fall Nephritis. In der Regel konnten die Kinder 5—6 Tage nach der Einführung der Tube dauernd ohne dieselbe athmen.

In 4 Fällen, in welchen das Decanülement Schwierigkeiten machte, wurde nachträglich und mit bestem Erfolge intubirt.

G. spricht sich über das Verhältnis der Intubation zur Tracheotomie dahin aus, dass durch die Intubation die Tracheotomie nicht verdrängt, sondern nur eingeschränkt werden könne. **Seifert** (Würzburg).

22. Kobler. Fremde Körper in den Bronchien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 33.)

Das Interesse für die durch Fremdkörper in den Bronchien hervorgerufenen pathologischen Erscheinungen ist in letzter Zeit durch verschiedentliche Veröffentlichungen, nicht zum geringsten wohl durch die Mittheilungen Leyden's im

Berliner Verein für innere Medicin und die daran sich schließende Diskussion wieder aktuell geworden.

Der Verf. der vorliegenden Arbeit schildert, bevor er zur Mittheilung zweier auf Schrötter's Klinik beobachteter Fälle übergeht, in knappen Zügen die Symptomatologie der Erkrankung.

Drei Hauptmomente lassen gewöhnlich leicht auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers in einem größeren oder kleineren Bronchus schließen: Anamnese, Fehlen des Fremdkörpers in den oberen Luftwegen und eine Reihe von Symptomen, welche aus Verlegung des betreffenden Bronchus resultiren, nämlich Verschiedenheiten der Exkursionsgröße, so wie der Perkussions- und Auskultationsverhältnisse der zu dem verstopften Bronchus gehörigen Thoraxhälfte gegenüber der gesunden Seite. Man wird das Bild einer plötzlich aufgetretenen Bronchostenose vor sich haben.

Wird der Fremdkörper nicht entfernt, so kann nach Ablauf der foudroyanten Erscheinungen eine Periode relativen Wohlbefindens eintreten, bis die Aufmerksamkeit durch eine der unausbleiblichen Nachkrankheiten wieder auf das Geschehene hingelenkt wird. Diese Nachkrankheiten bestehen meist in entzündlichen Processen um den Fremdkörper herum, die dann gewöhnlich zu nekrotischem oder wenigstens eitrigem Zerfall führen. Eine seltene Nachkrankheit ist die bronchiektatische Erweiterung des betreffenden Bronchialgebietes. Zwei solcher Fälle sind es, die Verf. beschreiben will.

In beiden Fällen hatten die Pat. von dem Hineingelangen eines Fremdkörpers in ihre Luftwege keine Kenntnis. Es stellten sich allmählich die Symptome einer Bronchiektasie ein, die mit langsamem Verlaufe schließlich zum Exitus führte. Die Autopsie ergab dann in dem einen Falle ein Knochenstück, im anderen einen Hemdknopf als Ursache des Verschlusses des Bronchus und damit der Folgeerscheinungen.

In der Epikrise erörtert Verf. zunächst die merkwürdige, oft beobachtete Erscheinung, dass ziemlich große Fremdkörper in die Luftwege gelangen, ohne dass der Betroffene es bemerkt; er führt diesen Umstand auf eine bei solchen Individuen herabgesetzte Reflexthätigkeit der Respirationsschleimhaut zurück. Während sonst nach Eindringen eines Fremdkörpers eine mehr oder minder heftige Entzündung des Lungenwebes aufzutreten pflegt, kam es hier Anfangs nur zu einer Bronchitis und erst im Gefolge dieser zu chronisch entzündlichen Veränderungen des Lungenparenchyms. Für die Entwicklung einer Bronchiektasie waren dann die Hauptfaktoren: geringe Widerstandsfähigkeit der entzündeten Bronchialwandungen, interstitielle Bindegewebswucherung und Schrumpfung des Lungengewebes und die abnorme Erhöhung des Luftdruckes in dem hinter dem stenosirenden Fremdkörper gelegenen Gebiete des Bronchialbaumes gegeben. Bemerkenswerth ist noch, dass in dem ersten Falle keinerlei Symptome einer Bronchostenose bestanden.

M. Cohn (Berlin).

23. C. A. Ewald. Krebs der Cardia; Metastase in den rechten Leberlappen; Gastrostomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 23.)

Ein obstruirendes Carcinom der Cardia, welchem eine so hochgradige Verkleinerung des Magens gefolgt war, dass der letztere in der Leiche — es handelte sich um eine 53 Jahre alte Frau — kaum 100 ccm Wasser fasste, hatte in einer abgeschnürten Partie des rechten Leberlappens, die bis in die Regio coecalis hinabreichte, eine solitäre apfelgroße Metastase gesetzt. Das Colon zeigte in der Leiche den eigenthümlichen Verlauf, dass es von rechts unten quer zur linken Crista iliaca aufstieg, dann abknickte, um senkrecht aufsteigend hoch unter das linke Hypochondrium zu gehen und von hier aus als Colon descendens in spitzem Winkel umzukehren.

Bemerkenswerth war das Fehlen jeglicher Zersetzungserscheinungen im Darm, wiewohl demselben intra vitam 8 Tage hindurch erhebliche Mengen gährungsfähiger

Substanzen durch eine Magenfistel zugeführt worden waren und eine Stuhlentleerung während der Zeit nicht stattgefunden hatte.

Die Kleinheit des Magens, wie sie bekanntlich in einer Reihe von Fällen des Cardiakrebses sich ausbildet (während in einer anderen Reihe gerade das Gegentheil, eine Ektasie, in Erscheinung tritt, Ref.), erklärte die während des Lebens sich geltend machende Unmöglichkeit, größere Quantitäten von Nahrung dem Magen durch eine mittels Gastrostomie erzeugte Fistel zuzuführen. Der abnorme Verlauf des Dickdarmes machte es verständlich, dass, nachdem die Ernährung von der Fistel aus durch eine den Pylorus überwindende und so den Darm speisende Sonde gelungen war, ein Stuhlgang trotz täglicher Klysmata in 8 Tagen nie erzielt werden konnte. Mit Rücksicht auf die geringe Kapacität des Magens beim Cardiakrebs, die erfahrungsgemäße Herabsetzung oder völlige Lahmlegung seiner chemischen Funktion bei jenem Leiden bezeichnet E. es als einen Fehler, die Magenfistel in diesen Fällen so zu bilden, dass man dabei die Nahrungseinfuhr in den Magen selbst beabsichtigt, räth vielmehr, die Fistel dem Pylorus so nahe anzulegen, dass man, auf die Magenverdauung von vorn herein verzichtend, die Ingesta mittels einer Sonde, welche durch den Pylorus geführt wird, direkt dem Darm überweist. **G. Sticker** (Köln).

24. **Engelmann.** Ein Fall von melanotischem retroperitonealen Drüsencarcinom.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 21.)

Ein 27jähriger Mann erkrankt unter anfänglich unbestimmten, hauptsächlich gastrischen Erscheinungen, bald wird das Krankheitsbild schwerer, rapider Kräfteverfall, Herzschwäche, Dyspnoe — objektiv nur mäßige bronchitische Erscheinungen und Lebervergrößerung nachweisbar. Differentialdiagnose wurde zwischen akuter Miliartuberkulose — gegen welche das fehlende Fieber sprach — und schnell wachsenden, objektiv nicht nachweisbaren malignen Tumor gestellt. Nach einigen Wochen Exitus letalis. Die Sektion ergab eine allgemeine Carcinomatose, ausgehend von einem retroperitonealem melanotischen Drüsencarcinom.

Honigmann (Gießen).

25. **H. Blümm.** Über Meningitis cerebrospinalis.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 26 u. 27.)

Verf. berichtet über eine in Hofstetten (Baiern) stattgehabte Epidemie von Meningitis cerebrospinalis. Es kamen dort 12 Fälle, außerdem in der Umgebung noch einige vereinzelte in seine Behandlung. An der Hand derselben bespricht er die Symptomatologie ausführlich. Besondere Aufmerksamkeit verdient u. A. das Kernig'sche Symptom — Auftreten von Beugekontrakturen in den Beinen und auch in den Armen —, das oft viel charakteristischer ist als die Genickstarrheit. Von den 3 Todesfällen ist einer dadurch besonders bemerkenswerth, dass der Pat. zunächst genas und erst nach Monaten einer mit Scharlach komplicirten neuen Meningitis erlag. **Honigmann** (Gießen).

26. **Seydel.** Einige Fälle von Pyohämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 25.)

S. bespricht 3 Fälle von Pyämie; bei den ersten beiden ließ sich die Ursache derselben einmal in einem Empyem der Highmorshöhle, das zweite Mal in einem Abscess des Warzenfortsatzes finden. Der dritte ist in Bezug auf seinen Ursprung »kryptogen«. Er entstand nach einem Sturz vom Pferde und verlief monatelang unter äußerst schweren Erscheinungen, wie multiple Abscessbildung, Gelenkeiterung u. dgl. S. hält ihn jedoch nicht für dem Bilde der Jürgen'schen »kryptogenetischen Septicopyämie« zugehörig, da verschiedene Symptome von Seiten der serösen Häute, des Herzens etc. fehlten. Er glaubt, dass die Ursache in der Bauchhöhle durch ein von dem Sturze herrührendes, später eitrig zerfallenes extraperitoneales Blutextravasat gegeben sei. **Honigmann** (Gießen).

27. Gerson. Akute Jodintoxikation bei einem Nephritiker.
(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 25.)

Ein kräftiger Mann erhielt wegen einer subakuten Periostitis neben lokaler Antiphlogose Jodkalium 5,0 : 150,0 3mal 1 Esslöffel. Nach Aufnahme von 2,0 in 24 Stunden stellten sich heftige Jodintoxikationserscheinungen ein. Der Harn enthielt Eiweiß und gab keine Jodreaktion. Es stellte sich heraus, dass Pat. vor $1^1/_2$ Jahren eine akute Nephritis durchgemacht hatte, die nach einigen Wochen geheilt worden sei. Die noch latent bestehende Nephritis verhinderte daher die Jodausscheidung.

Honigmann (Gießen).

28. Opitz. Antipyrin bei Diabetes insipidus.
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 32.)

Unabhängig von einer im vergangenen Jahre erfolgten Mittheilung Eichhorst's über die günstige Wirkung des Antipyrins bei Diabetes insipidus hat O. im städtischen Krankenhause zu Dresden drei an dieser Erkrankung leidende Pat. mit Antipyrin behandelt. Die Wirkungen des Medikamentes, an 3 Tabellen dargestellt, sind im höchsten Grade in die Augen springend. Bei dem einen Pat., welcher täglich 9 Liter farblosen Urin entleerte von 1001 spec. Gewicht, wurde durch die Antipyrinkur ein an Farbe, Menge und specifischem Gewicht normaler Harn erzielt. Bei einem 25jährigen Mädchen, welches von Kindheit auf an dieser Erkrankung litt, erzielte das Antipyrin noch nach so langjährigem Bestehen des Leidens das Herabgehen der Urinquantität von 10 Liter auf 3 Liter, wobei allerdings das specifische Gewicht nicht zunahm. In einem 3. Falle wurde wenigstens deutlich eine Verminderung der Urinmenge erzielt; in diesem Falle hatten Antifebrin und Phenacetin, zur Kontrolle angewandt, keinen Erfolg. In allen Fällen wurde das Antipyrin zu 3—6 g pro die gegeben, eine leichte Intoxikation wurde nur einmal beobachtet. Alle 3 Pat. blieben schließlich nach Aussetzen des Mittels noch einige Wochen in Beobachtung; auch während dieser Zeit blieb die Urinmenge in denselben Grenzen. Sehr wünschenswerth wäre es jedenfalls, wenn auch noch nach einem größeren Zeitraume über den weiteren Verlauf berichtet würde.

Rosin (Breslau).

29. H. A. Wildermuth (Stuttgart). Amylenhydrat gegen Epilepsie.
(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 15.)

W. wandte Kahlbaum'sches Amylenhydrat bei 30 männlichen und 36 weiblichen Epileptikern an, wobei sich in der überwiegenden Mehrzahl ein günstiges Resultat ergab. Die Einzeldose des Mittels betrug 2—4, die Tagesdose 5—8 g. Sehr werthvoll ist es bei gehäuften Anfällen, bei schwerem État du mal, wo man es unverdünnt subkutan beibringen kann (1 Grammspritze = 0,8 g Amylen). Ferner ist es indicirt bei starkem Bromismus, der ein zeitweises Aussetzen der Brompräparate erfordert; bei Epilepsia nocturna empfiehlt Verf. einen abwechselnden Gebrauch mit Brom, in frischen Fällen mit Atropin zusammen, und bemerkt, dass Amylenhydrat bei jener besser zu wirken scheint als bei den Formen der Epilepsie, in welchen die Anfälle bei Tag und Nacht in weniger regelmäßiger Weise vorkommen. Bei längerem Gebrauche des Mittels zeigt sich anhaltende Schlafsucht, der man aber durch Darreichung desselben in möglichst gebrochener Gabe vorbeugen kann. Seltener sind Verdauungsstörungen, Obstipation und Appetitmangel. Bei längerer Anwendung des Amylenhydrat lässt seine antiepileptische Wirkung nach.

J. Ruhemann (Berlin).

30. C. Laufener. Über die Heilwirkung des Rubidium-Ammonium-Bromid. (Vorläufige Mittheilung.)
(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 27.)

Der Energie der therapeutischen Wirkung nach folgen sich 1) Kalium-, 2) Natrium- und 3) Lithiumbromid. In chemischer Beziehung besteht, was Atomgewicht und Positivität betrifft, dieselbe Reihenfolge. L. suchte desshalb nach einer Bromverbindung mit einem Metall von noch größerem Atomgewicht und noch größerer

Positivität in der Hoffnung, dass dieselbe auch größere therapeutische Wirkungen entfalten werde, als die bis jetzt vorhandenen. Als geeignet hierzu erwies sich nach den Versuchen von Karlovszky das Rubidiumbromid. Die Darstellung des reinen Rubidiumbromids in größeren Quantitäten machte allerdings Schwierigkeiten und stellte desshalb L. seine Versuche mit dem leichter gewinnbaren Rubidium-Ammonium-Bromid (bezogen von Kahlbaum-Berlin) an. Von 22 Personen, welche das Mittel erhielten, litten 12 an epileptischer Seelenstörung, 5 an gemeiner Epilepsie, 2 an Hysterie, 1 an Hirnsyphilis, 1 an Leberparalyse. Bei 13 Epileptikern war die Zahl der Anfälle geringer oder so groß, als bei Anwendung der anderen 3 Brompräparate. Gering oder nicht zu beurtheilen war die Wirkung bei 3 Personen und unwirksam blieb das Mittel bei einer Person. Die wirksame Dosis beträgt 2,0 und die größte Dosis 5,0. Das Gramm kostet 9 Kreuzer. Zum Schlusse reservirt L. sich das Prioritätsrecht, auch die Cäsiumverbindung des Broms ähnlichen Versuchen zu Grunde zu legen.

A. Cramer (Eberswalde).

31. **Bourneville.** Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.

Paris, 1889. (Publications du Progrès méd. Vol, IX.)

Der erste Theil bringt den Jahresbericht von Bicêtre pro 1888 mit Bemerkungen über Einzelheiten der Idiotenbildung und -Pflege.

Der zweite, klinische Theil berichtet unter anderen kasuistischen Mittheilungen über einige weitere Fälle von »Idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique« (Kretinismus mit Myxödem) (s. hierüber d. Centralbl. 1887 p. 750). Dass in der Ätiologie der Idiotie und verwandter Zustände, wie auch bei den Psychosen, die Blutsverwandtschaft als solche keine Rolle spielt, vielmehr nur die Heirath unter erblich belasteten Verwandten, wird bestätigt.

Ein besonderes Kapitel ist der Nachprüfung der Angaben von Lasègue gewidmet, wonach Asymmetrie der Gesichtshälften bei der idiopathischen Epilepsie eine nahezu konstante Erscheinung ist. Unter 30 Messungen, vorgenommen an Gipsabgüssen von Epileptikerbüsten, ergab sich in 29 Fällen von idiopathischer Epilepsie (bestätigt durch die Sektion) eine mehr oder weniger hochgradige Asymmetrie der Stirn, des Gesichts oder beider, häufig mit Schiefstellung der Nase, des Mundes, des Kinnes. Da es sich vielfach um ganz jugendliche Individuen handelte, bei denen die Nähte an der Schädelbasis noch nicht verknöchert waren, trifft die Lasègue'sche Erklärung nicht zu, welche den Grund für diese Asymmetrie in abnormem Verknöcherungsmodus an der Schädelbasis sucht. Vielmehr liegt derselben eine primäre Asymmetrie der Hirnhälften zu Grunde, so dass die Asymmetrie des Schädels keinesfalls als Ursache der Epilepsie anzusehen ist.

Bemerkenswerth sind die Temperaturkurven in einem Falle von Epilepsie: während einer Serie von Anfällen mit freien Zwischenräumen überstieg die Temperatursteigerung nicht 1°, während im Status epilepticus ohne freie Intervalle mehrere Tage hindurch hohe Temperaturen bis 40,6° bestanden. Vom Bromnickel hat Verf. bei Epilepsie nur Ungünstiges gesehen.

Im Anhang werden einige Fragen administrativer Natur behandelt.

Tuczek (Marburg).

32. **Sperling und Kronthal.** Eine traumatische Neurose mit Sektionsbefund.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 11 u. 12.)

Bei einem 42jährigen, hereditär unbelasteten Bremser entwickelte sich wenige Wochen nach einer durch Eisenbahnzugkollision erlittenen, mäßigen Quetschung des Kopfes und Unterleibes folgendes Krankheitsbild: Psychische Depression, melancholische Gemüthsstimmung, Defekt der Intelligenz und des Gedächtnisses, Kopfschmerz, Rückenschmerz, Parästhesien in den Händen und Füßen, Augenflimmern, Ohrensausen und Ohrenschmerzen. Die motorische Kraft der Arme und Beine war erheblich herabgesetzt bei kräftigem Verhalten der Muskulatur.

Es fanden sich Druckschmerzpunkte am Supraorbitalis und Occipitalis major. Das Kniephänomen war sehr schwach, die Potenz fast erloschen. Die Gefäße zeigten fortschreitende Sklerosirung. Durch hypnotische Suggestionen wurden die Beschwerden wesentlich gebessert.

Die Sektion ergab hochgradige Sklerose mit stellenweise hyaliner und fettiger Degeneration des gesammten Arteriensystems mit besonders starker Betheiligung der Hirn- und Rückenmarksgefäße; eigenthümliche Entartung des Sympathicusstammes; im Rückenmarke fleckenweise Degeneration leichten Grades in allen Gebieten der weißen Substanz, Entartung der Ganglienzellen in einer kurzen abnorm konfigurirten Partie des Dorsalmarkes, kleine Hämorrhagie im mittleren Dorsalmark.

Wenn sich auch die Rückenmarksdegenerationen als Folge der starken Gefäßerkrankung zwanglos erklären, so bleibt die Frage nach der Entstehung der letzteren, falls man den Unfall hierfür ätiologisch zu verwerthen sucht, noch ungelöst.

J. Ruhemann (Berlin).

33. A. Hagen. Über einen Fall von Lähmung der Schultermuskulatur und des Serratus anticus major nach akutem Gelenkrheumatismus. (Aus der med. Klinik zu Erlangen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 25.)

Atrophische Muskellähmungen nach Gelenkleiden, akuten wie chronischen, sind früher bereits von Senator und Jung, letzthin besonders von Charcot beschrieben, welch letzterer sie in geistreicher Weise auf einem »reflektorisch-spinalen« Wege entstehen lässt, dergestalt, dass das erkrankte Gelenk durch sensible centripetale Bahnen einen Reiz auf die trophischen Centren der Vorderhörner ausübe und damit die Atrophie der regionären Muskeln befördere. Gegen diese Anschauung macht H. besonders Fehlen der Entartungsreaktion in den atrophischen Muskeln geltend. Bei akutem Gelenkrheumatismus besonders spricht der ganze Verlauf dagegen, die Muskeln werden nicht nach dem Vertheilungsgebiete einzelner Nerven, sondern nach der örtlichen Anordnung um das Gelenk ergriffen und ferner scheint der Atrophie ein Zustand entzündlicher Erkrankung vorauszugehen. Bestärkt findet sich H. in dieser Anschauung durch einen Fall, in dem im Anschluss an einen schweren, akuten, recidivirenden Gelenkrheumatismus hauptsächlich des rechten Schultergelenkes sich Atrophie des Serratus antic. major, latissim. dorsi und pectoralis neben geringeren Atrophien der anderen Schultergürtelmuskeln entwickelten.

Bemerkenswerth dabei waren im zweiten Anfalle schwere cerebrale Erscheinungen und im dritten die Schmerzhaftigkeit des ganzen Oberarmes und der rechten Rückenhälfte. Die Untersuchung ergab nicht völlige Übereinstimmung zwischen Lähmung und Atrophie in den betroffenen Muskeln. Die elektrische Erregbarkeit war normal, sonstige nervöse Symptome fehlten, Sensibilität und Reflexe normal. H. glaubt aus der Schmerzhaftigkeit vor und der Summe der nervösen Symptome während der Lähmung daran festhalten zu können, dass die Muskeln selbst und nicht die Nerven den Sitz der Erkrankung bilden. **Honigmann** (Gießen).

34. O. Dornblüth. Anatomische Untersuchung eines Falles von amyotrophischer Lateralsklerose.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 13.)

Bei einer 56jährigen Frau, welche cirkuläres Irresein, spastische Paresen und myotrophische Störungen der Extremitäten dargeboten hatte, ergab die Obduktion Intaktsein des Gehirns, dessen Windungen etwas atrophisch waren, Degeneration der Pyramidenbahnen und Atrophie der Vorderhörner (amyotrophische Lateralsklerose). Außerdem fanden sich Hyperämie des grauen Bodens der Oblongata und des Pons, frische Hämorrhagien im Gebiete des hinteren Vagus-, des Hypoglossus-, des Glossopharyngeus-, und inneren Acusticuskernes, Atrophie der Kerne des Hypoglossus, vorderen Vagus, vorderen Glossopharyngeus, Facialis und des Trigeminus (motorischer Kern), endlich eine ältere Blutung in dem rechten Hauben-

theil der Brücke vor dem Facialiskern mit sekundärer aufsteigender Atrophie des rechten hinteren Längsbündels. **J. Ruhemann** (Berlin).

35. **R. Schulz** (Braunschweig). Sklerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie.

(Neurolog. Centralblatt 1889. No. 12—14.)

Verf. berichtet über einen Fall von Sklerodermie mit Bronzekrankheit und Muskelatrophie, der einen gesunden, hereditär nicht belasteten 19jährigen Knecht betraf und durch seinen auffallend schnellen Verlauf (17 Wochen) ausgezeichnet war. Der Tod erfolgte durch Herzlähmung.

Außer den Veränderungen der Haut, hochgradiger Degeneration fast des gesammten Myocards und mäßigen Erkrankung der linken Hand fand sich Degeneration der vorderen Rückenmarkswurzeln und der größeren peripherischen Nervenstämme, des N. radial., ulnar., peroneus in stärkerem Grade, des N. crural. und ischiadic. in geringerem Maße, so wie Atrophie der Muskelfasern mit interstitieller Bindegewebswucherung am Deltoides (Myositis interstitialis).

Verf. meint, dass in dem vorliegenden Falle die vorderen Wurzeln, wahrscheinlich auch die Spinalganglien, welche letzteren leider nicht untersucht wurden und die peripherischen Nerven primär erkrankt wären. Durch das Mitergriffensein der vasomotorischen Nerven habe sich die ödematöse Durchtränkung der Haut und Muskeln, so wie die Pigmentation herausgebildet. Im zweiten Stadium der Erkrankung komme es dann in Folge der Läsion der trophischen Nerven zu den Schrumpfungs- und Degenerationserscheinungen der Haut und der Muskulatur (auch der des Herzens). **J. Ruhemann** (Berlin).

36. **Török.** Zur Lichen ruber-Frage.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 3.)

T. kommt an der Hand eingehender Litteraturstudien und durch die Beobachtung eigener Fälle zu folgendem Resultat: 1) Pityriasis rubra pilaris Devergie und Lichen ruber acuminatus Hebra-Kaposi sind verschiedene Erkrankungen. 2) Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus sind verwandte, aber nicht identische Krankheiten.

T. scheidet mit Unna eine Form des Lichen acuminatus ab, welche sich durch akuteres Einsetzen der Anfangssymptome und stärkere neurotische Erscheinungen charakterisiren. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

37. **Rona.** Hochgradige Ichthyosis im Säuglingsalter.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1889. Hft. 3.)

Für die Frage nach der Existenz einer Ichthyosis foetalis ist ein von dem Verf. beobachteter Fall frühzeitiger Ichthyosis bei einem 11monatlichen Kinde bemerkenswerth. Der Fall beansprucht dadurch erhöhtes Interesse, dass der Anfang auf die ersten Lebenswochen zurückzuführen ist. Die Krankheit entwickelte sich partiell und schritt unter den Augen des Beobachters weiter vor. Das aus derselben Familie stammende erste Kind erkrankte in viel höherem Maße gleich nach der Geburt und ging im Alter von 4 Monaten an hochgradiger Ichthyosis zu Grunde. **Joseph** (Berlin).

38. **Schuster.** Rheumatismus gonorrhoicus oder Syphilis?

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 3.)

Als Abweichung von dem gewöhnlichen Bilde des Rheumatismus gonorrhoicus, welcher meist nur ein einzelnes Gelenk befällt, werden nicht selten Fälle beobachtet, wo nicht nur multiple Gelenkentzündungen, sondern auch Iritis, Endo- und Pericarditis, Entzündungen des Calcaneus, der Tuberositas tibiae, des Sternum oder des Os sacrum, das Symptomenbild kompliciren. S. glaubt nach seinen Erfahrungen und vor Allem nach seinen therapeutischen Erfolgen, dass hierbei stets Syphilis mitspiele. Er theilt einige Krankengeschichten mit, aus welchen dies mit größter Wahrscheinlichkeit hervorgeht. Zwar hält er nicht jede Arthritis gonorrhoica für

syphilitischen Ursprungs, einige Fälle aber, welche man bis jetzt als Rheumatismus gonorrhoicus auffasste, sind mit ihren hervorstechenden Erscheinungen Manifestationen syphilitischer Erkrankung. **Joseph** (Berlin).

39. Bender. Über die Behandlung der chronischen Gonorrhoe.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 3.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche er theils in der Bonner Klinik, theils in seiner eigenen Praxis mit den von Casper empfohlenen kannelirten Sonden gemacht. Er bezeichnet diese Behandlung als einen entschiedenen Fortschritt in der rationellen Therapie der chronischen Gonorrhoe und kann die günstigen Resultate Casper's im Großen und Ganzen bestätigen. Zum Bestreichen der Sonde benutzte er die folgende Salbe: Arg. nitr. 0,5, Solv. in minim. quantit., Aq. dest. M. c., Lanolin. puriss. anhydr. 35,0 et Ol. oliv. puriss. 15,0.

Joseph (Berlin).

40. E. Baierlacher (Nürnberg). Die Suggestionstherapie und die angeblichen Gefahren bei Anwendung derselben.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 31.)

Die vorliegende Publikation ist eine Kritik der Äußerungen Binswanger's (Therapeutische Monatshefte 1889), wonach die Hypnose nur bei gewissen hysterischen Krankheitsformen und nicht mehr zu verderbenden Fällen zulässig, vor ausgedehnterer Anwendung der Hypnose zu warnen sei.

Es seien nur 3 Beobachtungen und darunter 2 gerade bei Hysterischen, auf welche sich Binswanger hauptsächlich stützen könne. Der erste dieser Fälle könne nicht sehr ernst genommen werden, da er ein neuropathisch schwer belastetes Mädchen betraf, das ein halbes Jahr nach den Hypnotisirungen hemiplegisch (Embolie?) wurde. Im zweiten Falle reducire sich der Schaden auf eine — überdies durch Suggestion vermeidbar gewesene — vorübergehende Schläfrigkeit und auch im dritten Falle sei kein dauernder Nachtheil eingetreten. Auch andere Medikationen haben unerwünschte Nebenwirkungen.

B. hat bei 160 Personen über 400 hypnotische Suggestionen ausgeführt und nur einmal einen vorübergehenden Nachtheil (2stündlichen Kopfschmerz) gesehen. Es sei schon ausgesprochen, dass Hysterische sehr schwer, oft gar nicht hypnotisirbar sind. Neuralgien, Dysmenorrhoen etc. Nichthysterischer werden das vorherrschende Kontingent für die Hypnose mit der suggestiven (nicht mit der Braid'schen) Methode abgeben. Gänzlich verwerflich seien die Demonstrationen derartiger Fälle vor einem Auditorium. In der Antwort Charcot's auf eine Anfrage über Werth und Unwerth der hypnotischen Suggestion sieht B. einen Widerspruch, indem Charcot sagt, die Suggestion erreiche nicht in allen Fällen ihr Ziel, es käme bei männlichen Hysterischen dabei zu Konvulsionen, das Suggestionsverfahren dürfe also nicht zu einer therapeutischen Methode erhoben werden, könne aber auch von Nutzen sein. **K. Bettelheim** (Wien).

41. Schuster. Bemerkungen über die therapeutische Verwerthung der Hypnose.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Juli.)

Den zahlreichen Warnungen vor der Einführung der Hypnose in die Therapie, welche in der letzten Zeit die Litteratur erfüllten, stellt Verf. wiederum eine warme Empfehlung entgegen. Er führt aus der Zahl der von ihm durch Hypnose geheilten Fälle mehrere an, welche recht wesentliche Resultate aufweisen. So heilte er eine Amenorrhoe auf nervöser Basis nebst psychischer Verstimmung dauernd hierdurch, eben so einen Fall von hartnäckiger Syphilophoboe, einen Fall von Morphinismus (10monatliche Beobachtung), und erzielte Besserung der Symptome eines an multipler Sklerose Erkrankten. Verf. erwähnt hierbei mit diesem letzten Resultate einen bis dahin der Einführung der Hypnose in die Therapie abgeneigten bewährten Kliniker zur nunmehrigen Beachtung ihrer Bedeutung bekehrt zu

haben. Die allgemeinen Betrachtungen, die S. der Veröffentlichung seiner Fälle vorhergehen lässt, zeigen, dass er geneigt ist, einen großen Theil der therapeutischen Resultate, welche durch scheinbar örtliche und körperliche Kuren erzielt werden, wie diejenigen der Bäder und Brunnenkuren, der Elektricität, der Massage und zahlreicher Medikamente einzig und allein auf Rechnung der Suggestion seitens des Pat. zu setzen, der in Folge des Glaubens an den Arzt und sein Heilverfahren thatsächlich nur auf psychischem Wege einen wohlthätigen Einfluss auf sein körperliches Leiden erfährt. Sollten aber derartige Betrachtungen nicht dazu führen, auf den bisherigen therapeutischen Wegen weiter zu wandeln, selbst in der Überzeugung, damit zum Theil nur psychisch heilend zu verfahren und zu versuchen, auch ohne Hypnose durch die bisher übliche Heilmethode, wenn auch nur suggestiv auf den Pat. einzuwirken? **Rosin** (Breslau).

Bücher-Anzeigen.

42. W. Leube. Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Ein Handbuch für Ärzte und Studirende.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1889.

Wenige Monate nach dem Erscheinen der ersten Auflage des Handbuches von L. ist die zweite Auflage in unverändertem Abdruck erschienen. Wenn auch der Werth einer solchen Arbeit nicht ohne Weiteres nach dem äußeren Erfolge beurtheilt werden darf, so mag doch der Autor sich denselben als eine Anerkennung seiner Bemühung anrechnen, den Studirenden und den Ärzten aus seiner reichen langjährigen klinischen Thätigkeit ein Handbuch gegeben zu haben, aus welchem jeder Leser sich belehren kann.

Die allgemeinen Grundsätze, welche der Verf. als maßgebend für die Diagnostik betrachtet, sind in der Einleitung kurz aus einander gesetzt, dieselben erläutern zugleich die Art und Weise, in welcher L. seinen klinischen Unterricht ertheilt. Als nothwendig sind beim Leser vorausgesetzt die Kenntnis und praktische Beherrschung der klinischen Untersuchungsmethoden, sowohl der physikalischen als der chemischen, bakteriologischen und mikroskopischen.

In der vorliegenden ersten Hälfte des Werkes werden die Krankheiten des Herzens und der großen Gefäße, der Respirations-, der Unterleibsorgane, der Harnorgane, der Nebennieren und des Peritoneums abgehandelt.

Mit lebhaftem Interesse wird sich der Leser mit dem Inhalt des werthvollen Buches beschäftigen und sich erfreuen an der streng wissenschaftlichen, gewissenhaften, gleichmäßigen Abrundung des Krankheitsbildes. Die Darstellung ist bei aller Kürze erfrischend klar, berührt die wissenschaftlichen Streitfragen nur in so weit, als sie nothwendigerweise besprochen werden müssen, ohne jedoch verwirrend zu wirken, so dass gerade für den Studirenden, dem ja noch jede eigene Erfahrung abgeht, der Werth des Buches ein großer ist. Aber auch der Praktiker, dem ein kritischer Blick zu eigen, wird den Meister anerkennen und ihm mögen so manche praktische Winke und die hier und da eingestreuten kurzen Krankengeschichten beim Studium des Buches willkommen sein. Zur rascheren Orientirung dienen kurze Randbemerkungen.

Der ganzen Anlage des Buches nach wird man sich freuen dürfen auf die zweite Hälfte des Werkes, welche die Diagnose der Infektions- und Konstitutionskrankheiten, so wie diejenige der Krankheiten des Nervensystems umfassen soll. **Seifert** (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. Sonnabend, den 28. December. 1889.

1. Th. v. Openchowski (Dorpat). Über die Innervation des Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 35.)

v. O. ist nach vierjährigen sich auf 900 Einzelversuche erstreckenden Experimenten bez. der Mageninnervation zu folgenden Schlüssen gelangt:

1) Zwischen dem oberen und mittleren Drittel des Magens, zuweilen auch tiefer, entsteht eine Mittelfurche, die bis zur Beendigung der Bewegungsphase stehen bleibt. Letztere besteht in einer von der genannten Mittelfurche bis zur P. pyloric. hinüberziehenden, am Antrum sich besonders markirenden Peristole. Das obere Drittel des Magens bleibt unbetheiligt. Cardia und Pylorus zeigen abwechselnd Öffnung und Schließung. Verf. führt diese Bewegungen auf die Gegenwart gewisser Ganglienzellengruppen zurück, von denen er an der Cardia bis 11, am Pylorus 7 zählen konnte. Die Verbindung

des Magenkörpers mit dem Centralnervensystem geschieht einmal von Bahnen, die vom Vierhügel ausgehend durch das Rückenmark ziehen und im unteren Theil des Brustmarkes durch den Grenzstrang ausstrahlen. (Reizung erzeugt Vermehrung der Peristaltik.) Sodann durch Bahnen, die im oberen Theile des Brustmarkes und im Sympathicus und Splanchnicus verlaufen. Automatische Bewegungen der Cardia erfolgen durch die erwähnten Ganglienzellen. Schließung der Cardia wird durch Reizung der hinteren Partie der Vierhügel vermittelt (das Genauere s. Original). Öffnung der Cardia erfolgt durch die im Rückenmark und Großhirn gelegenen Centren. Erstere liegen im oberen Rückenmarkstheil bis zum 5. Brustwirbel. Das Centrum im Gehirn liegt in dem Bezirke, wo sich das vordere untere Ende des Nucleus caudatus mit dem Nucleus lentiformis vereinigt, nahe der vorderen Kommissur. Von dieser Stelle an gesellen sich die Fasern zu der Vagusbahn bis zum unteren Viertel des Ösophagus. Dort sammeln sie sich, verlassen den Stamm der Vagi und treten mit den genannten Ganglienzellen in Verbindung. Die genannten Fasern hat v. O. bereits früher unter dem Namen Dilatator cardiae beschrieben.

Das automatische Spiel des Pylorus, wahrscheinlich von den daselbst liegenden Ganglienhaufen abhängig, kann central durch Reizung der Vierhügel hervorgerufen werden. Die Hauptbahn geht durch die Vagi, aber auch das Rückenmark. Die hemmenden Centra liegen in den Vierhügeln und Oliven, der weitere Weg geht durch das Rückenmark. An einer neben dem Centrum des Nerv. dilatat. cardiae liegenden Stelle kann die Pylorusbewegung gehemmt werden. Das Centrum, welches Öffnung der Cardia bedingt, ruft Kontraktion des Pylorus hervor.

2) hat sich Verf. mit dem Vorgang bei dem Brechakt beschäftigt. Der Magen ist dabei aktiv betheiligt, wie Versuche mit Paralysirung des Magens lehrten.

3) Unter dem Einfluss von Emeticis beginnt zunächst starke Unruhe der Gedärme, dann Schluss des Pylorus, dann Unruhe der Magenwand, welche von der Pars pylorica beginnend sich später am unteren und mittleren Drittel des Magenkörpers kund giebt und in Kontraktion übergeht, am stärksten an der Pars pylorica ausgesprochen. Gleichzeitig dehnt sich das obere Drittel an der Cardia kegelförmig aus, so dass der Magen eine Birnform erhält. Pylorus und Pars pylorica bilden den wichtigsten Antheil beim Brechakte.

4) Nach vollständiger Zerstörung der Vierhügel kann durch Apomorphin kein Erbrechen mehr hervorgerufen werden, wohl aber Brechbewegungen. Cupr. sulfuric. dagegegen erzeugt unter diesen Umständen Erbrechen, es giebt demnach zwei centrale Angriffspunkte. Das Erbrechen der ersten Gruppe wird unmöglich durch Zerstörung der Vierhügel, Durchschneidung des Rückenmarkes bis zum 5. Wirbel bezw. der Vorderstränge, Durchschneidung der Grenzstränge in der Höhe der 6. und 7. Rippe, durch Ausreißung der 6. und 8. Wurzel.

vollständige Durchtrennung der Splanchnici. Für die 2. Gruppe der Brechmittel (Tart. stib., Cuprum sulf.) liegt der vermittelnde Weg nur in den Vagis. Schließlich können die genannten Bahnen oder Centra auch vikariirend für einander eintreten. v. O. erwartet aus seinen Experimenten auch ein besseres Verständnis der verschiedenen Neurosen des menschlichen Magens. Boas (Berlin).

---

2. C. Binz. Narkotische Wirkungen von Hydroxylamin und Natriumnitrit.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 1. p. 121.)

B. widerlegt in dieser Abhandlung experimentell den von Lewin gegen die B.'sche Erklärung der Hydroxylaminwirkung gerichteten Einwand, wonach die auch von L. in Übereinstimmuug mit B. beobachteten narkotischen Erscheinungen nur die Folge des Entstehens großer Mengen von Methämoglobin und Hämatin seien; da hierdurch die größere Masse des Blutes zum Gasaustausch untauglich geworden sei, könne das Gehirn nur unvollkommen ernährt werden.

Dass die partielle Umwandlung des Blutfarbstoffs aber mit dem narkotischen Zustand nicht zusammenhänge, beweist nunmehr B. an Fröschen, denen er das Blut durch Ausspülung mit indifferenter ClNa-Lösung, und zwar der ungefähr elffachen Quantität ihres Blutvolums, durch Kochsalzlösung ersetzt hatte. So präparirte Frösche bedurften ca. 0,0025 salzsaures Hydroxylamin oder 0,01 Natriumnitrit, um in wenigen Minuten alle Zeichen einer reinen Narkose herbeizuführen. Die Wirkungen äußerten sich genau so wie früher an den unversehrten, bluthaltigen Thieren aber bereits nach kleineren Gaben. Das Beibringen sehr vorsichtiger Gaben ermöglichte es, eine vollständige Erholung des entbluteten Frosches von der Vergiftung eintreten zu sehen, ähnlich als wäre er vorsichtig chloroformirt gewesen. Athmung und Herzthätigkeit blieben regelmäßig in gutem Gange, wenn das Thier bereits in tiefster Narkose da lag.

Also auch beim entbluteten lebenden Thier erzeugt die salpetrige Säure, stamme sie aus dem Nitrit oder aus dem Hydroxylamin, bei vorsichtiger Anwendung eine Narkose, welche sich von der durch Chloroform erzeugten nicht unterscheidet.

Für die praktische Brauchbarkeit kommt es bei einem chemischen Schlafmittel in erster Reihe darauf an, dass wir seinen wirkenden Theil ohne Schädigung der Einfuhr- und Transportorgane an das Gehirn heranbringen, und dass bis zu einer gewissen Grenze das Gehirn allein empfindlich darauf reagire. Da Hydroxylamin und Natriumnitrit wegen ihrer Alteration des Blutfarbstoffes diese Eigenschaften nicht in genügendem Grade besitzen, haben sie nur theoretisches Interesse.

Die zeitliche und quantitative Wirkungsdifferenz zwischen Hydroxylamin und Natriumnitrit erklärt B. durch die viel raschere Umsetzung des ersteren in Berührung mit den organischen Geweben,

da Hydroxylamin viel weniger beständig ist als das Natriumnitrit. Sehr deutlich zeigte sich dies beim Mischen beider Körper mit frischem Kalbsblut im Verhältnis von 1:3000. Nach einer halben Minute begann das Hydroxylaminblut bereits deutlich zu dunkeln, während das Nitritblut erst nach einer halben Stunde zu dunkeln anfing.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

3. R. v. Limbeck. Über die Art der Giftwirkung der chlorsauren Salze.

(Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie. XXVI. Bd. p. 39.)

Die Differenzen in den Angaben von Stockvis und Marchand über die Erscheinungen der Chloratvergiftung hatte Cahn durch seine vergleichenden Versuche an Kaninchen und Hunden aufgeklärt, indem er nachwies, dass dieselben auf dem differenten Verhalten dieser beiden Thierarten beruhen. Auch hatte Cahn bereits die schwerere Angreifbarkeit des Kaninchenblutes durch das Chlorat gegenüber dem Hundeblut erkannt und durch verschiedene experimentelle Eingriffe die Blutbeschaffenheit des Kaninchens so zu ändern versucht, dass dieselbe derjenigen des Hundes näher käme. Aber auch unter den geänderten Bedingungen trat beim Kaninchen die Methämoglobinbildung nur gelegentlich ein.

v. L.'s Versuche betreffen vor Allem die verschiedene Widerstandsfähigkeit des Blutes vom Menschen, Hunde und Kaninchen gegen Salze überhaupt und speciell gegen das chlorsaure Natron. Zu diesem Zwecke bestimmte und verglich v. L. die »isotonischen« Koncentrationen (untere isotonische Grenze) der verschiedenen Blutarten, d. h. denjenigen niedrigsten Salzgehalt, bei welchem die rothen Blutkörperchen noch bestehen können, ohne so verändert zu werden, dass sie ihren Farbstoff an das Plasma abgeben. Im Blute des lebenden Thieres wird eine derartige Verdünnung des Plasma nur durch Einfuhr destillirten oder sehr salzarmen Wassers künstlich hervorzurufen sein. Unter gewöhnlichen normalen, wie pathologischen Verhältnissen ist das Plasma isotonisch oder in geringem Grade hyperisotonisch. — Nach v. L.s Versuchen ist beim Kaninchen der isotonische Werth des Blutplasmas merklich höher als beim Menschen und Hund, welche letzteren sich in dieser Richtung fast völlig gleich verhalten. Daher ist das Kaninchenblut gegen Verdünnung in so fern empfindlicher, als es bereits bei einem Verdünnungsgrade Farbstoff in das Plasma übertreten lässt, wo Hunde- und Menschenblut noch intakt bleiben. Außer dieser unteren isotonischen Grenze hat v. L. auch die »obere isotonische Grenze« für die drei Blutarten bestimmt. Die Kaninchenblutkörperchen, welche von Natur aus an ein salzreicheres Medium gewöhnt sind als Hunde- und Menschenblutkörperchen, erwiesen sich höheren Salzkoncentrationen gegenüber in dem gleichen Maße erheblich widerstandfähiger als die beiden anderen Blutarten; unter diesen Verhältnissen wies das Hundeblut die

kleinste Resistenz auf, das Menschenblut nahm eine Mittelstellung zwischen Hunde- und Kaninchenblut ein.

Die Resistenz der rothen Blutkörperchen gegen isotonische und hyperisotonische Lösungen von chlorsauren Salzen bestimmte v. L. durch Zählung derselben; aus den angestellten Versuchen ging hervor: 1) dass unter dem Einflusse isotonischer Chloratlösung die Zahl der rothen Blutkörperchen in ausgesprochener Weise abnimmt zu einer Zeit, wo unvermischtes oder mit isotonischer Kochsalzlösung gemengtes Blut durchaus keine Verminderung der Blutkörperchen aufweist.

2) Diese Verminderung tritt unter gleichen Bedingungen bei Hundeblut früher auf als bei Kaninchen- und Menschenblut.

3) Die Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen tritt im Chloratblut stets später ein, als die Braunfärbung desselben. Die Giftwirkung des Chlorates auf den Blutfarbstoff ist sonach eher nachweisbar, als seine Wirkung auf die äußere Gestalt der rothen Blutkörperchen.

Die Resistenz des Blutfarbstoffes gegen Säuren (10%ige Essigsäure), Alkalien (10%ige Natronlauge) und Chlorate maß v. L. bei den verschiedenen Oxyhämoglobinen durch die Zeit, während welcher diese Reagentien einwirken mussten, bis im Spektroskop die Streifen des Oxyhämoglobins nicht mehr zu sehen waren. Dabei zeigte sich das Kaninchenhämoglobin gegen Alkali wie Säure am meisten, das des Hundes am wenigsten resistent, während der Blutfarbstoff des Menschen die Mitte zwischen beiden hielt. Gegenüber der Einwirkung des Kali chloricum zeigten die 3 Farbstoffe aber keine erheblichen Differenzen.

Die Bestimmung des Sauerstoffgehaltes und des zum Gaswechsel noch tauglichen Oxyhämoglobins ergab, dass für die akute letale Giftwirkung des Chlorates beim Hunde im Gegensatz zum Kaninchen die Veränderung des Hämoglobins in eine zum Gasaustausch untaugliche Verbindung vorzugsweise verantwortlich zu machen ist. Daneben kommt in zweiter Linie die Salzwirkung und vielleicht die Schädigung der rothen Blutkörperchen in Frage, beide Momente gelten vermuthlich auch bei der perakuten Vergiftung beim Menschen. Die subakute Chloratvergiftung beim Menschen endigt tödlich in Folge von Urämie, seien nun die Nierenveränderungen durch den Reiz des ausgeschiedenen Salzes bedingt, wie Stockvis will, oder nach Marchand in Folge der vorausgegangenen Blutveränderung; denn wie die klinische Erfahrung lehrt, tritt Blutkörperchenzerfall später im Verlaufe der subakuten Vergiftung ein und v. L. überzeugte sich gleichfalls, dass in Blut außerhalb des Thierkörpers selbst bei sehr geringem Chloratgehalt der Zerfall zwar spät, aber doch sicher eintritt. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

4. E. Poulsson. Über die lähmende Wirkung des Strychnins.

(Archiv f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. p. 22.)

Über die lähmende Wirkung des Strychnins haben sich die verschiedenen Autoren widersprechend geäußert. Bereits 1880 hatte Richet und 1882 Vulpian eine curarinartige lähmende Wirkung des Strychnins in großen Dosen auf die motorischen Nervenenden bei Säugethieren in der Weise dargethan, dass sie nach großen Strychningaben durch Anwendung einer sehr energischen, künstlichen Athmung die Krämpfe zum Nachlassen brachten; während dieses apnoischen Zuztandes waren alle spontanen und Reflexbewegungen aufgehoben, die Herzthätigkeit war schwach aber regelmäßig. Die widersprechenden Resultate der verschiedenen Untersucher konnte P. aus dem differenten Verhalten der beiden gewöhnlich benutzten Froscharten Rana temporaria und Rana esculenta erklären; bei Esculenta wird nämlich durch große Strychnindosen (mehrere Milligramm) sehr bald die Erregbarkeit der motorischen Nervenenden völlig vernichtet. Bei Rana temporaria zeigte sich der Nerv nach Aufhören der Bewegungen entweder anscheinend völlig normal oder in seiner Erregbarkeit nur wenig abgeschwächt, jedoch ermüdet er sehr rasch bei wiederholter Reizung und muss erst längere Zeit ausruhen um wieder auf elektrische Reize antworten zu können. Dieses verschiedene Verhalten beider Froscharten giebt eine befriedigende Erklärung dafür, warum von Vielen eine curarinartige Wirkung großer Strychningaben angenommen, von Anderen aber in Abrede gestellt wurde.

Da aber bei R. temporaria trotz erhaltener Erregbarkeit der motorischen Nervenendigungen die Thiere bewegungslos daliegen, so muss nothwendigerweise auch noch eine centrale Rückenmarkslähmung zugegen sein. Sicher ist, dass der Tetanus an sich keine derartige Erschöpfung zuwege bringt, so dass vollständige Lähmung die Folge wäre. Bei direkter Injektion in das Blut rufen große Gaben Strychnin sogleich allgemeine Lähmung ohne vorhergehenden Tetanus hervor. Indessen schon in den kleinsten Gaben lähmt das Strychnin gewisse Theile des verlängerten Markes; wie P. aus den Beobachtungen von Arnold und von Pickford entnimmt, sind es die centralen Kommunikationen zwischen dem sympathischen Nervensystem der Eingeweide und den willkürlichen motorischen Nervencentren, denn am strychninisirten Frosch hat die Reizung der Eingeweide keine Fluchtversuche und keinen Tetanus zur Folge wie nach Hautreizen, sondern nur eine starke lokale Reflexbewegung; die Reflexerregbarkeit innerhalb des sympathischen wie des willkürlichen Nervensystems ist dabei deutlich erhöht und doch ist die Kommunikation beider bereits gelähmt.

Durch den Nachweis der allgemeinen centralen Lähmung wird die Gruppe des Strychnins den Gliedern der Morphiumgruppe genähert; letzteren fehlt die curarinartige Wirkung auf die motorischen

Nerven, welche beim Strychnin und noch mehr beim Brucin entwickelt ist, so dass letzteres den Übergang zum Curarin vermittelt.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

5. **G. B. Ughetti** e **G. Alonzo.** Sulla presunta tossicità dell'aria espirata.

(Riforma med. 1889. No. 157—160.)

In einer Anzahl sorgfältiger Experimente kommen die Verff. zu dem Schluss, dass destillirtes Wasser oder angesäuertes oder mit Alkohol versetztes Wasser, durch welches während vieler Stunden die Exspirationsluft von einem gesunden Menschen gestrichen ist, keine Spur von Giftwirkung auf Kaninchen übt; dass eben so wenig dem aus der Exspirationsluft eines gesunden Menschen gesammelten Wasserdampf oder dem zum Auswaschen einer Kaninchenlunge verwendeten destillirten Wasser irgend welche giftige Eigenschaft zukommt. — In so fern die Verff. die in den hergehörigen Versuchen von Brown Séquard, d'Arsonval u. A. nachweisbaren Fehlerquellen, welche ein dem ihrigen entgegengesetztes Ergebnis bedingten, vermieden haben, stehen sie nicht an, das unter obigen Bedingungen gewonnene Resultat dahin zu verallgemeinern, dass der Exspirationsluft ganz allgemein jedes giftige Moment abzusprechen sei. **G. Sticker** (Köln).

---

6. **G. Tizzoni** e **Giuseppina Cattani.** Sulla diffusione del virus tetanico nell' organismo.

(Riforma med. 1889. No. 162.)

Nach der subkutanen Injektion von unreinem Tetanusmaterial, so wie von Reinkulturen des Tetanusbacillus konnten die Verff. an der Stelle der Injektion den Befund von Bacillen post mortem durch Mikroskop oder Aussaat nur ganz ausnahmsweise und dann in spärlichstem Maße erheben; ein Beweis dafür, dass eine örtliche Vermehrung der Bacillen nicht statt hat und dass ihre Lebensdauer in den Geweben beschränkt ist. Das Blut aus dem Herzen der gestorbenen Thiere ließ in vier Experimenten mit unreinem Material nur einmal durch das Kulturverfahren Bacillengehalt 23 Stunden nach der Injektion erkennen, in sieben Experimenten mit reinem Material nach 24—90 Stunden kein einziges Mal. In dem einen positiven Ergebnis war die mikroskopische Untersuchung des Blutes negativ ausgefallen, so dass also der Gehalt an Bacillen nur gering sein konnte. Daraus folgt, dass wenn auch unter Umständen ein Theil des Injektionsmaterials in den Kreislauf kommt, eine Vermehrung der Bacillen im Blute oder eine lange Existenz derselben im Blute nicht statt hat.

Nach direkter Injektion von Bacillen ins Blut wurde zweimal nach 23 bez. 67 Stunden vergeblich auf Bacillen im Blut gefahndet; einmal, 21 Stunden nach der Operation, ergab das Kulturverfahren ein positives Ergebnis bei negativem Ausfall der mikroskopischen

Untersuchung. Also erwies sich der Bacillus auch in diesen Fällen nicht als ein Parasit des Blutes.

Die Untersuchung der Milz nach subkutanen oder intravenösen Einspritzungen von reinem oder unreinem Material fiel vorwiegend positiv aus, woraus die Funktion der Milz als Colatorium sanguinis aufs Neue erhellt.

Prüfung der Leber und Milz in einem Falle, des centralen Nervensystems in vier Fällen blieb ohne Erfolg. **G. Sticker** (Köln).

---

7. **W. Kastner** (München). Experimentelle Beiträge zur Infektiosität des Fleisches tuberkulöser Rinder. (Aus dem patholog. Institut zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 34 u. 35.)

Seitdem man erkannt hat, dass die Perlsucht der Rinder mit der Tuberkulose des Menschen identisch sei, hat man mit allem Eifer zu erforschen gesucht, welchen Einfluss der Genuss von Fleisch und Milch perlsüchtiger Rinder auf den Organismus habe und ob Fleisch und Milch Tuberkelbacillen oder deren Sporen berge. Während jedoch für die Milch perlsüchtiger Thiere deren Infektiosität allgemein anerkannt und erwiesen ist, führten die Versuche, die bislang mit dem Fleische angestellt wurden, zu keinem übereinstimmenden Resultate. Verf. hat nun neuerdings Versuche darüber angestellt, ob überhaupt das Muskelfleisch perlsüchtiger Thiere das Virus enthält und in wie fern der Genuss derartigen Fleisches der Menschheit gefährlich werden kann. Er bereitete sich unter allen Kautelen aus dem Fleische Fleischsaft und spritzte Meerschweinchen intraperitoneal 1—2 ccm desselben ein. Auf diese Weise wurde 16 Thieren der Fleischsaft von 12 an Perlsucht erkrankten Thieren eingespritzt und diese Thiere blieben sämmtlich gesund und frei von tuberkulöser Erkrankung. Es besteht also eine besondere Infektionsgefahr durch Muskelfleisch perlsüchtiger Thiere, wenn die Tuberkulose nicht Knoten im Muskelfleische erzeugt hat, im Allgemeinen nicht. Dass das Fleisch perlsüchtiger Rinder wenig infektiös ist, beweisen auch statistische Erhebungen von Bollinger, die darauf hinausgingen, zu konstatiren, ob Tuberkulose in Wasenmeisterfamilien in höherem Grade auftritt. Obwohl diese Familien Fleisch von perlsüchtigen Rindern zuweilen sogar lange Zeit gegessen hatten, trat bei denselben trotzdem die Tuberkulose nicht nur nicht stärker, sondern sogar in geringerem Grade auf. Verf. glaubt sogar, dass solches Fleisch selbst in ungekochtem Zustand ungefährlich sei, da etwa in demselben vorhandene Sporen durch den Magensaft zerstört würden und eine Resorption der Mikroorganismen von der Mundhöhle aus zu den größten Seltenheiten gehört. **Goldschmidt** (Nürnberg).

---

8. von Pettenkofer. Cholera.

(Hygienische Tagesfragen 1889. Hft. VII.)

Das vorliegende von v. P. herausgegebene Heft besteht aus vier nur durch den gleichen Gegenstand mit einander in Verbindung stehenden Aufsätzen. Der erste derselben, ein Vortrag Sir J. Fayrer's-London über Geschichte und Epidemiliologie der Cholera beruht auf Anschauungen, wie sie in den Kreisen englischer, speciell britisch-indischer Ärzte noch vielfach verbreitet zu sein scheinen; ihm zufolge ist die asiatische und die einheimische Cholera identisch, die Cholera also eine dauernd und überall vorhandene Krankheit, die nur zeitweise und an bestimmten Orten zu Epidemien anschwillt. Ein Einfluss des menschlichen Verkehrs auf die Richtung und Verbreitung dieser Epidemien ist nicht nachzuweisen, Kordons und Quarantainen daher unnütz. Wenn die Cholera ein Regiment oder einen Truppentheil befällt, ist Verlegung die beste Maßregel; im Übrigen bieten Verbesserungen der lokalen sanitären Zustände die größte Sicherheit.

In einem zweiten Aufsatz »Die Cholera in Indien« spricht sich Erni Greiffenberg auf Grund seiner Erfahrung in Niederländisch Indien gegen die Anschauung Koch's aus. Er fand, dass die Cholera stets in der heißen Zeit auftrat, in der man eine vollständige Vertrocknung der obersten Bodenschichten annehmen musste und in der Regenzeit wieder verschwand; dass sie sich ferner nicht regelmäßig von einem holländischen Militärposten zum nächsten fortsetzte, sondern hier und dort einen übersprang, um dann erst viel später bei ihm Einkehr zu halten. Seine Statistik beschränkt sich ausschließlich auf die Militärbevölkerung, da er jede statistische Verwerthung der an der übrigen Bevölkerung gewonnenen Zahlen bei den in Indien herrschenden Verhältnissen für absolut werthlos hält.

An dritter Stelle spricht A. Schuster über Quarantaine, hauptsächlich basirend auf einer kürzlich erschienenen Abhandlung von Vignard, ehemaligem Direktor des Sanitätswesens an den Donaumündungen. Obwohl V. auf dem Standpunkt derjenigen steht, welche den Kranken als den hauptsächlichsten Träger und Vermittler der Infektion ansehen, lehnt er doch das System der Quarantänen völlig ab, weil dieselben so, wie sie jetzt im Orient gehandhabt werden, eine vollkommene Täuschung darstellen und absolut werthlos sind, während sie andererseits in einer wirksamen Weise gehandhabt, nicht durchführbar erscheinen. Er will sie daher durch ein System der sanitären Inspektion ersetzen, welches in einer Weise eingerichtet ist, dass das erreicht wird, was praktisch möglich ist, nämlich die Verhinderung der Einschleppung der frischen sichtbaren Fälle einer verschleppbaren Krankheit.

Endlich versucht C. Cramer, Zürich, »Eine Studie über die Choleraätiologie« vom Standpunkt des Botanikers aus die vorhandenen bakteriologischen und epidemiologischen Thatsachen zu ver-

einigen und gelangt dabei zu einer vermittelnden Auffassung, ähnlich der, welche vor einiger Zeit Biedert vertreten hat. Prophylaktisch stimmt er gemäß seiner halb lokalistischen Auffassung für Reinhaltung des Bodens etc., Meidung von Choleraorten, Evacuirung von Choleraherden; gemäß seiner halb kontagionistischen für möglichste Reinlichkeit, Kochen des Trinkwassers, zweckmäßige Behandlung der Speisen, Desinfektion besonders der Dejektionen Cholerakranker, Anzeigepflicht der Ärzte etc., endlich für Alles, was die individuelle Disposition vermindert. **Strassmann** (Berlin).

---

9. Uffelmann. Die Desinfektion infektiöser Stuhlentleerungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 25.)

In der vorliegenden Arbeit hat sich U. die gewiss dankenswerthe Aufgabe gestellt zu studiren, durch welche Mittel eine sichere Desinfektion infektiöser Darmentleerungen zu erzielen sei, insbesondere wie lange das betreffende Desinficienz auf die Fäces einwirken müsse.

Zur Untersuchung verwandt wurden zwei Entleerungen von Typhösen, eine Entleerung eines Ruhrkranken und dünnbreiige Mischungen von Fäces und Urin nach Zusatz von Eberth'schen resp. Cholerabacillen. Genau bestimmte Mengen dieser Mischungen wurden dann mit genau abgemessenen Mengen der Desinficientien vermischt, eine bestimmte Zeit stehen gelassen, um nachher durch Aussaat auf geeignete Nährböden auf ihren Gehalt an lebenden Keimen geprüft zu werden.

Zu Desinfektionszwecken angewandt wurden: Schwefelsäure, Salzsäure mit Wasser im Verhältnis 1 : 1 oder 1 : 2, 5%ige Karbolsäure, Sublimat in 2‰iger Lösung und in 2‰iger salzsaurer Lösung (0,5 Acid. mur. : 1000), 35%ige bis 50%ige Kalilauge, 12,5%iges Creolin, frisch bereiteter Ätzkalk, Kalkmilch und siedendes Wasser. Am wirksamsten erwiesen sich die Mineralsäuren: Schwefelsäure und Wasser zu gleichen Theilen vernichten alle Keime nach 2stündiger Einwirkung, im Verhältnis von 1 : 2 nach 6stündiger; Salzsäure mit Wasser nach 12 resp. 24 Stunden. Ihnen nahe kommen die Salzsäure-Sublimatlösung und die mit Wasser āā verdünnte Kalilauge; nach $^1/_4$stündiger Einwirkung von 2‰igem salzsauren Sublimat wachsen keine Typhus- und keine Cholerakolonien mehr. 5%ige Karbolsäure und 12,5%iges Creolin tödten nach 24 Stunden alle Keime. Ätzkalk ist wirksam erst nach einem Zusatz von 0,25 g auf 10 ccm nach 24stündiger Einwirkung. Nichtsaures Sublimat vermochte selbst nach 24 Stunden nicht alle Keime zu vernichten. Gänzlich unwirksam ist das Übergießen der Fäkalien mit siedendem Wasser. Bemerkenswerth ist das Resultat des Versuches mit dem Filtrate des Typhusstuhles, auf welches U. Sublimatlösungen einwirken ließ. Obschon das Filtrat keine Eiweißsubstanzen enthielt,

waren innerhalb der ersten $^1/_2$ Stunde nicht alle Keime abgetödtet; hieraus geht hervor, dass nicht die Eiweißsubstanzen allein die Desinfektionskraft der Sublimatlösung beeinträchtigen.

In allen Versuchen zeigten die nicht vernichteten Mikroorganismen eine entschiedene Beeinträchtigung ihres Wachsthums.

E. Levy (Straßburg i/E.).

---

10. **A. Bianchi.** La cura asettica del vajuolo.

(Sperimentale 1889. Juni.)

Versuch, eine peinliche Antisepsis in der Behandlung Pockenkranker durchzuführen, beruhend auf der Erwägung, dass einerseits die von Pusteln besetzte Haut der Kranken einen Herd für Weiterverbreitung der Variola darstellt, andererseits der vom Pockengift befallene Körper pathogenen Einflüssen von außen her zugänglicher sei als ein gesunder. Die Erfahrung von 6 Jahren über eine derartige Behandlungsweise und ihre Erfolge an 96 Kranken fasst B. in folgendem Corollarium zusammen:

1) Die antiseptische Behandlung der Blatternkranken, welche durch Bäder, antiseptische Abwaschungen und Salbungen, Sterilisirung der Kleidungsstücke, des Bettes und der Umgebung der Kranken gewährleistet wird, ist vernunftgemäß, nothwendig und menschlich. Sie verbindet Therapie und Hygiene der Pocken.

2) Für die klinische Beobachtung hat sie den Vortheil, den Ablauf der Eruptionsperiode zu erleichtern, beträchtliche und schleppende Fieberbewegungen zu unterdrücken, schwerere Komplikationen und Nachkrankheiten der Haut und Eingeweide gänzlich zu verhüten, ein leidliches Wohlbefinden der Kranken herbeizuführen, eine schleunige Rekonvalescenz zu bewirken, aus welcher der Kranke ohne den Stempel der Krankheit an Gesicht und Körper hervorgeht. (Von 96 Kranken, unter denen 42 eine leichte, 39 eine schwere, 15 die schwerste Form der Variola zeigten, starb nur 1, und dieser an einer komplicirenden Pneumonie, welche im Stadium der Suppuration vor Beginn der Behandlung bereits eingesetzt hatte.)

3) Die bakterioskopische Untersuchung beweist, dass durch jene Behandlungsweise die Fernhaltung eitererregender Organismen von den pustulösen Eruptionen der Haut gelingt.

4) Sie zeigt, dass mit Hilfe der Antisepsis Sekundärinfektionen des (von der Variola) primär inficirten Organismus verhütet werden können.

5) Prophylaktischen Werth hat die Methode durch Entfernung der Ansteckungsgefahr für die nähere Umgebung des Kranken und durch Verhinderung einer weiteren Verbreitung des Krankheitsstoffes.

6) Sie verdient demnach eine allgemeine Anwendung bei der Behandlung der Pockenkranken.

Zur Klarstellung, in welcher Weise B. die Antisepsis bei seinen Kranken praktisch durchführt, dient folgendes Schema:

I. Variola mitis	Stadium der Eruption	täglich 1 Sublimatwaschung (1‰) » 2 Borsäurewaschungen (5%)
	Stadium der Pustelbildung	» 2 Sublimatwaschungen » 4 Borsäurewaschungen
	Stadium der Exsiccation	» 2 Sublimatwaschungen » 1 Borsäurebad (5%)
II. Variola gravis	Stadium der Eruption	» 2 Sublimatwaschungen » 2 Borsäurewaschungen
	Stadium der Pustelbildung	» 3 Sublimatwaschungen » 3 Borsäurewaschungen
	Stadium der Exsiccation	» 2 Sublimatwaschungen » 2 Borsäurewaschungen » 1 Borsäurebad
III. Variola gravissima	Stadium der Eruption	» 2 Sublimatwaschungen » 2 Borsäurewaschungen
	Stadium der Pustelbildung	» 4 Sublimatwaschungen » so viele Borsäurewaschungen als nöthig erscheint
	Stadium der Exsiccation	» 2 Sublimatwaschungen » 3 Borsäurewaschungen » 1 Borsäurebad.

Nach jeder Waschung wird der ganze Körper oder die von Eruptionen befallene Hautpartie mit einer 1—5%igen Jodoformvaseline eingesalbt; die 5%ige Salbe kommt im Stadium der Ulceration vorzugsweise zur Anwendung; eine schädliche Wirkung der Einsalbung durch Verhinderung der Hauttranspiration oder durch Resorption des Jodoforms wurde nie beobachtet. Wo bei spätem Beginn der antiseptischen Behandlung oder bei ungenügender Durchführung derselben die Bildung von Eiterpusteln nicht ganz verhindert werden konnte, wird die Punktion der letzteren nöthig. Das Bett der Kranken wird durch große antiseptische Schleier geschützt; der Kranke selbst liegt in antiseptischen Laken. Die Antisepsis der Umgebung geschieht nach allgemein gültigen Grundsätzen.

G. Sticker (Köln).

---

11. **Laurent.** De la mammite des adolescents et des adultes.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 28 ff.)

Die Mastitis in der Zeit der Pubertät bei Knaben ist nicht allzu selten; die Zeichen bestehen in schmerzhaften Stichen in den Mammae, die auch etwas druckempfindlich sind. Oft sind weitere Erscheinungen nicht vorhanden, bisweilen jedoch sind die Schmerzen so groß, dass selbst das Tragen des Hemdes unmöglich wird. Die Brustdrüse ist geröthet, schwillt an bis zur Größe einer kleinen Orange, die Warze ragt stark hervor; man fühlt deutliche Drüsenschwellung. Meist ist die Affektion ein-, selten doppelseitig; das Allgemeinbefinden ist nicht gestört, in zwei bis drei Wochen tritt Heilung ein. Seltener geht die Drüse in Eiterung über, oder die entzündlichen Symptome schwinden, die Vergrößerung bleibt längere Zeit oder für immer bestehen. Als die Ursachen der Mastitis bei Knaben hat man Traumen aller Art, ferner die Onanie angesehen. Verf. hat aber zahlreiche

Masturbanten beobachtet, die keine Mastitis hatten, und umgekehrt. Stumcke hat dagegen behauptet, dass junge Leute, die onaniren oder geschlechtlichen Umgang haben, von der Affektion verschont bleiben. L. berichtet über einen Fall, der hierfür scheinbar beweisend ist, bei einem 17jährigen Manne, der von Diamant-Berger beobachtet ist. Der Pat. litt an beginnender Phthise und hatte seit 5 Monaten eine Mastitis, welche Vergrößerung der rechten Brust ohne weitere Allgemeinerscheinungen bewirkt hatte. Sexuellen Verkehr hatte er noch nicht gehabt. Nach Verlassen des Krankenhauses übt er in mäßiger Weise den Beischlaf aus, seine Brust wird normal. Sechs Monate später kehrt er ins Krankenhaus zurück; während des zweimonatlichen Aufenthaltes daselbst tritt wiederum die Mastitis auf, um nach Verlassen des Spitals und Wiederausübung des Coitus wiederum zu verschwinden. Sicherlich ist weder der Beischlaf noch die Enthaltsamkeit die Ursache der Mastitis, oder verhütet dieselbe; diese Einflüsse sind der Pubertät zuzuschreiben und den Änderungen, die dieselbe im Organismus hervorbringt. Bäder, Einreibungen mit grauer Salbe, Kompressivverband, interner Gebrauch von Jod bringen die wenig gefährliche Erkrankung gewöhnlich zur Heilung; die Empfehlung des Beischlafs oder der Onanie, welche auch bei bestehender Mastitis deren Heilung bewirken sollen, ist nicht zu billigen.

Die Mastitis erwachsener Männer ist seltener wie die eben besprochene. L. unterscheidet drei Formen derselben: Mastitis acuta, chronica und diejenige der Phthisiker. Bei der akuten sind die Erscheinungen ähnlich wie vorher; jedoch schwellen häufig die Achseldrüsen an, der Übergang in Eiterung ist nicht selten, auch die Dauer der Erkrankung etwas länger wie bei obiger Form. Mit zunehmendem Alter schwindet die Häufigkeit der Affektion; meist sind Traumen (bei Soldaten der Druck des Gewehrriemens etc.) die Ursache. Die chronische Form beginnt wie die akute, die Drüsenvergrößerung bleibt bestehen; sie ist recht selten und nicht mit der Gynäkomastie zu verwechseln, bei welcher zugleich ein gewisser Grad von weiblichem Habitus mit mehr oder weniger ausgesprochenem Schwund der Geschlechtswerkzeuge besteht. Die Mastitis jedoch entsteht häufig in einer von der Pubertät entfernten Zeit und hat mit Hermaphroditismus nichts gemein.

Die Mastitis der Phthisiker ist meist einseitig, entsteht ohne entzündliche Erscheinungen; es besteht spontaner Schmerz und lokale Druckempfindlichkeit. Sie dauert mehrere Monate, verschwindet ohne Eiterung.

G. Meyer (Berlin).

---

12. **Gilles de la Tourette et Cathelineau.** La nutrition dans l'hystérie.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 31.)

Die weit verbreitete Ansicht, dass Hysterische wenig oder nichts essen und dennoch in der Gesammternährung keinen Schaden erleiden, ist, wie die Verff. nachweisen, irrig. Man kann die hier-

hergehörigen Pat. in zwei Gruppen theilen, die normalen hysterischen, welche im Augenblick der Beobachtung nur solche Zeichen darbieten, die für die Erkennung der Neurose nöthig sind; die pathologischen Hysterischen, welche an verschiedenen Zufällen, Erbrechen, Anfällen etc. leiden. Von den Urinen der ersteren Kategorie (7 Frauen, 3 Männer) wurden im Ganzen 79 Untersuchungen ausgeführt, und es zeigte sich, dass bei ihnen, mit Ausnahme der der Neurose eigenthümlichen pathologischen Symptome, die Ernährung sich in normaler Weise vollzieht. Von den Erscheinungen der Pat. der zweiten Gruppe wurden diejenigen in Betracht gezogen, welche sich in Form von Anfällen äußern. Bei allen Arten von hysterischen Anfällen war im Urin Verminderung der festen Bestandtheile vorhanden; das Verhältnis der Erdphosphate und Alkalien, welches normal 1:3 beträgt, wird während des Anfalls 1:2 oder öfters 1:1 (Umkehrung der Formel der Phosphate). Die Urinmenge von 24 Stunden ist meist verringert. Die erste auf den hysterischen Anfall folgende Urinentleerung ist stets beträchtlicher als gewöhnlich. Am Anfange des Anfalls ist die Menge der Elemente im Urin verringert, dann steigt die Kurve derselben einige Tage vor dem Ende des Anfalls an und erreicht oder überschreitet die normale Höhe. Die Erhöhung zeigte sich unabhängig von der Ernährung, welche meist eine negative war. Aus der Betrachtung der Kurve kann man daher wichtige klinische Anhaltspunkte gewinnen. Das Gewicht der Pat. verringerte sich während der Zeit pro die etwa um 200 bis 500 Gramm, stieg aber nach Aufhören des Anfalls schnell wieder an. Bei den epileptischen Anfällen zeigt sich umgekehrt eine beträchtliche Vermehrung der Harnbestandtheile. Diese Entdeckung ist für die Differentialdiagnose der Epilepsie und Hysterie entscheidend und auch für die Therapie (eventuelle Trepanation bei der Epilepsie) von Bedeutung. Kontrakturen, Paralysen, hysterisches Zittern, die nicht anfallsweise auftreten, bedingen keine Änderung in der allgemeinen Ernährung.

G. Meyer (Berlin).

---

13. **Heryng.** Die elektrische Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 35 u. 36.)

Verf. bespricht zunächst die Schwierigkeiten, die die exakte Diagnose eines Empyems des Antrum Highmori oft bietet, und die verschiedenen Hilfsmittel und Methoden, die neuerdings zur Sicherung der Diagnose angegeben worden sind, um sich dann der von Voltolini in die Praxis eingeführten Durchleuchtung der Höhle mittels Edison'schen Glühlichtes zuzuwenden. Sofort nach Erscheinen der V.'schen Publikation hat H. begonnen, dessen Angabe nachzuprüfen, und ist im Gegensatze zu anderen Autoren zu durchaus günstigen Resultaten gekommen. — Nach kurzer Rekapitulation der V.'schen Betrachtungen schildert Verf. zunächst seine Untersuchungsmethode. Zur Durchleuchtung der Highmorshöhle bedient sich H.

des von **Reiniger** in Erlangen konstruirten elektrischen Spatels, der im vollkommen dunklen Zimmer ein genügend starkes Licht zum kräftigen Durchleuchten der Kieferhöhlen giebt. Pat. bekommt den Spatel in den Mund, die Zunge wird fest niedergedrückt, der Mund geschlossen und nun der Kontakt in Wirkung gesetzt. Es erfolgt dann die vollständige Durchleuchtung der Gesichtsknochen bis an die Orbita, die bei normalen Verhältnissen auf beiden Seiten gleich intensiv ausfällt, bei asymmetrischen Highmorshöhlen resp. Ektasie, Atrophie oder Erkrankungen derselben verschieden stark ist nach dem Grade und der Art der Erkrankung. Es scheint nun bei Cysten mit seröser Flüssigkeit das Licht gut durch, bei festen Neubildungen und bei Empyem bleibt die kranke Seite dunkel. Nach geschehener Durchleuchtung muss die Lampe noch kurze Zeit im Munde gelassen werden, damit sie sich etwas abkühlt.

Als Ersatz für den etwas kostspieligen Reiniger'schen Spatel empfiehlt G. einen Apparat, den sich Jeder selbst konstruiren und am Türck'schen Zungenspatel anbringen kann. In Bezug hierauf muss auf das Original verwiesen werden, wo dieser Apparat sowohl wie der Reiniger'sche Spatel genau beschrieben und durch beigegebene Zeichnungen erläutert sind.

H. hat die Methode bis jetzt bei 10 Pat. zur Sicherstellung der Diagnose in Anwendung gezogen, bei welchen die Krankheit bei Eintritt in die Behandlung 6 Monate bis 5 Jahre bestand. In 7 Fällen wurde die Höhle von der Alveole aus angebohrt und der Eiter entleert, alle wurden geheilt. Auf die Operationsmethode, die H. anwandte, und einige angeführte Komplikationen wollen wir hier nicht eingehen, da H. demnächst in einer besonderen Arbeit eine detaillirte Kasuistik und eine Besprechung des Werthes der verschiedenen Operationsmethoden liefern will.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

14. **Högerstedt.** Ein seltener Fall von Aneurysma Aortae ascendentis.

(Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

Verf. beschreibt ausführlich die Krankengeschichte eines 66jährigen, mit hochgradiger Arteriosklerose behafteten Mannes, bei welchem sich ein aneurysmatischer Tumor entwickelt hatte, der von der Linea mamillaris sinistra bis zur L. sternalis dextra reichte, oben unter dem Jugulum begann und sich nach unten bis in die Gegend des 5. Rippenknorpels erstreckte. Der Querdurchmesser betrug 7—8, der Längsdurchmesser 9, die Höhe des Tumors 3—4 cm, die Oberfläche etwas uneben, Haut verdünnt. Der Spitzenstoß nicht lokalisirbar, Pulsation bis zur 6. Rippe, Herzaktion regelmäßig. An der Spitze ein undeutlicher erster Ton, am 2. rechten Rippenknorpel leises systolisches Geräusch, das nach unten hin stärker wird, und das Intensitätsmaximum an der Basis sterni erreicht. Über dem ganzen Tumor lauter reiner diastolischer Ton hörbar. Pulswellen in den beiderseitigen Gefäßen überall synchron. Im weiteren Verlaufe zeigte der Tumor noch stärkere Volumszunahme, bis Pat. an allmählich erfolgendem Durchbruch nach außen zu Grunde ging. Der Urin war stets reichlich (2—3000 ccm), ohne Albumen. Die Sektion ergab im Mediastinum einen mit Gerinnseln erfüllten aneurysmatischen Sack von

kolossaler Ausdehnung, der mit der aufsteigenden Aorta durch eine 4 cm große Öffnung in der vorderen Wand kommunicirte. Zerstörung eines großen Theiles des Brustbeins und der 4 oberen Rippenknorpel links. Das Herz war nach hinten und links verdrängt, durchaus nicht vergrößert, nur der rechte Vorhof leicht dilatirt; die Muskulatur des Herzens sogar atrophisch, schlaff. Endocard und Klappen normal. Beträchtliche Atheromatose der ganzen Aorta mit zahlreichen Verknöcherungen und Geschwürsbildungen.

Aus den hieran sich anknüpfenden epikritischen Ausführungen des Verf. sind hervorzuheben seine Bemerkungen über die Entwicklung der Arteriosklerose in Folge überreichen Branntweingenusses, zumal in Russland; hieraus erklärt sich auch die ungewöhnliche, nicht an der Konvexität befindliche Lage des Aneurysmas, dessen Entstehung auf den Durchbruch eines atheromatösen Geschwüres zu beziehen ist. Sodann bot ein besonderes Interesse die Beschaffenheit des Herzens dar, welches trotz der neben dem Aneurysma bestehenden hochgradigen Arteriosklerose keine Volumsvermehrung erfahren hatte. Nachdem durch verschiedene Autoren erwiesen ist, dass ein Aneurysma an sich keine Herzhypertrophie hervorzurufen braucht, sieht Verf. im vorliegenden und ähnlichen Fällen in der Bildung des Aneurysmas sogar den Grund für die Kleinheit des Herzens, indem durch das Abschwellen des Blutdruckes das vordem abnorm belastete Herz entlastet, und die Summe der Widerstände vermindert wird. Weniger verständlich dagegen ist es, wenn Verf. andererseits in dem Aneurysma wieder einen Ersatz für die in Folge der Arteriosklerose veränderte Elasticität der Gefäßwandungen und die damit geschaffenen Widerstände für die Blutbewegung erblickt. Verf. ist der Ansicht, dass proportional der Geschwulstzunahme und der Verdrängung der Nachbarorgane sich der von diesen auf die Wandungen des Aneurysmas rückwirkende elastische Druck steigert, und dadurch die fehlende elastische Aktion der Arterienwand immer mehr kompensirt. Es ist aber viel eher anzunehmen, dass daraus eine Erhöhung der Widerstände resultirt, und die durch das Aneurysma geschaffene Entlastung zum Theil wenigstens aufgehoben wird. **Markwald** (Gießen).

15. **Eug. Fraenkel.** Beiträge zur Pathologie des Gefäßsystems.

(Festschrift zur Eröffnung des neuen allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf 1889. p. 95 u. 102.)

1) Über einen Fall von geheilter Spontanruptur der Aorta.

Dieser relativ seltene Fall von Heilung einer Spontanruptur der Aorta bietet neben seinem kasuistischen Interesse noch manche bemerkenswerthe Einzelheit dar. Der Riss, welcher nicht zur Bildung eines Aneurysma geführt hatte, betraf die hintere Wand der Aorta ascendens etwa in ihrer Mitte und zeigte einen queren Verlauf; der untere Rissrand maß 4 cm, der obere 3,9 cm. Der letztere war auf eine Strecke von 1,5 cm bis zu einer Tiefe von 0,5 cm unterminirt und mit seinem freien Rand nach innen umgerollt. Der übrige Theil des oberen, so wie der gesammte untere Rand haftete fest auf seiner Unterlage. Der Riss hatte die Intima und ca. $^2/_3$ der Media verletzt; die Aortenintima zeigte im aufsteigenden Aortenschenkel beginnende, im Bogen und absteigenden Schenkel hochgradige arteriosklerotische Veränderungen. Wie die Färbung und mikroskopische Untersuchung der verletzten Gefäßwand ergab, hatten an der Ausfüllung des Defektes die Elemente der Media keinen Antheil genommen; die Ausheilung war erfolgt lediglich durch Dickenzunahme der Intima, deren zellige Elemente in die Lücken und Spalten der durchrissenen Mediaschichten hineingewachsen waren. Dieser Befund bestätigt die Ansicht Zahn's, dass die Heilung bei derartigen Rupturen nur von der Intima ausgeht; ob freilich, wie Zahn es will, ausschließlich das Endothel der Intima es ist, welches das neugebildete Gewebe liefert, oder ob nicht auch die zelligen Elemente des eigentlichen Intimagewebes reparative Bestrebungen zeigen, muss Verf. dahingestellt sein lassen, da sein Fall einen abgelaufenen Process darstellt. Den Entstehungsmodus des Risses stellt sich Verf. so vor: Bei mikroskopischer Betrachtung erwies sich die den Riss begrenzende Intima ausgesprochen atrophisch, in der Media waren Verfettungsherde auf-

getreten, die muskulären Elemente durch Bindegewebe ersetzt. Die in Folge pathologischer Veränderungen weniger resistent gewordene Intima wird dem Drucke einer mit besonderer Kraft vom hypertrophischen Ventrikel geschleuderten Blutwelle nicht Widerstand geleistet haben und geborsten sein. Die Möglichkeit, dass zuerst die Media rupturirt sei (Rokitansky, Jacobson), darauf die Intima, giebt Verf. wie Thoma zu, hält diese Entstehungsart aber nicht für bewiesen. Den Zeitpunkt, wann die Ruptur eingetreten, konnte Verf. nicht bestimmen (Pat. starb aus anderer Ursache), doch ist es wahrscheinlich, dass sie Jahre, sicher über 2 Monate zu ihrer Heilung gebraucht, da eine von Lebert beobachtete Zerreißung von Aneurysma dissecans post mortem nach dieser Zeit noch keine Verheilung zeigte. Die Frage, warum in seinem Falle von Gefäßwandeinreißung die Aneurysmabildung unterblieben, beantwortet Verf. im Sinne Thoma's: Die Bildung des Aneurysma dissecans setzt stets voraus, dass der Zusammenhang der verschiedenen Schichten der Gefäßwand abnorm lose sei. Vollzieht sich die Heilung verhältnismäßig schnell, und ist die neugebildete Intima von mehr oder weniger derber Beschaffenheit, so ist es erklärlich, wie ihrer Ruptur nicht immer die Entstehung eines Aneurysmas zu folgen braucht.

2) Ein Fall von primärem Sarkom des Herzens.

Bei der Seltenheit der primären Geschwülste des Herzens beansprucht die Mittheilung eines solchen Falles ein vorwiegend kasuistisches Interesse. Wie die primären Herztumoren unter einem anderen klinischen Bilde zu verlaufen pflegen, oder gelegentliche Sektionsbefunde darstellen, so machte der vom Verf. beschriebene Fall den Eindruck einer Pericarditis serosa; das Exsudat war von blutig-seröser Beschaffenheit, sehr reichlich und sammelte sich trotz wiederholter Entleerung schnell wieder an. Der Tumor war ein von Hämorrhagien und Fibrinanhäufungen durchsetztes, an vielen Stellen einen kavernösen Charakter tragendes Spindelzellensarkom. Es hatte den rechten Vorhof und die Gegend des Herzohres eingenommen und reichte in den Vorhof, der die Hälfte seines Lumens eingebüßt hatte, mit groblappiger Oberfläche hinein. Das Ostium venos. dextr. und die Einmündungsstellen der beiden Hohlvenen waren frei. Die Muskulatur des rechten Vorhofs war völlig durch Geschwulstmassen ersetzt; die Klappen zeigten keine Veränderung. **Roenick** (Berlin).

16. **Hanau.** Zwei Fälle von Aktinomykose.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 6.)

In den zwei mitgetheilten Fällen (Frau von 39 und Frau von 40 Jahren) handelte es sich um die thorakale Form der Aktinomykose und zugleich die vom Respirationstractus ausgehende. Als Invasionstelle muss in beiden Fällen die linke Lunge angesehen werden und zwar im ersten der viel seltener von dieser Affektion ergriffene obere Theil des Oberlappens, im zweiten der untere und vordere. Der Verlauf war in beiden Fällen verschieden; im ersten griff der Process im Wesentlichen auf die konvexe Seite des Oberlappens und von dieser auf die Pleura pulmonalis und costalis über, führte zu Verwachsung und schritt alsdann durch die Brustwand zwischen den obersten Rippen auf der äußeren Fläche fort. Im zweiten Fall wurde von der linken Lunge aus das Pericard zunächst ergriffen, nachdem es mit jener und der Pleura zu einer Masse verschmolzen war. Es folgte die Obliteration des Herzbeutels und Fortleitung des Processes auf die gleich den anderen Gefäßen umwucherte Vena cava superior. Vom Pericard aus war schließlich die rechte Pleura ergriffen worden. Metastatische Verschleppung auf dem Wege des Blutstromes in andere Organe fehlte. **Seifert** (Würzburg).

17. **Fiessinger.** Note sur une épidémie de septicémie puerperale d'origine érysipélateuse.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 27 ff.)

Die Mutter einer Hebamme erkrankte an einem Erysipel des Gesichts, welches weiter die Arme, Rücken, Lenden und Beine ergriff. Der Zustand der Pat. war bedenklich, dauerte etwa einen Monat. Die Tochter pflegte ihre Mutter und ging

während dieser Zeit auch ihrem Berufe als Hebamme nach (!). Zwei Tage nach Beginn des Erysipels bei der Mutter entbindet die Tochter eine Frau, welche gesund bleibt; 5 Tage später Entbindung einer Frau, bei welcher sich 6 Tage darauf Schüttelfrost, Schmerzen im Leibe etc. einstellen. Es entstand eine Pelveoperitonitis, die in Eiterung überging; der Eiter entleerte sich per rectum, Heilung. 13 Tage nach dem Beginn jenes Erysipels entband die Hebamme eine Kreißende, bei welcher sich 2 Tage darauf die Zeichen der Infektion einstellten. Trotz eingeleiteter Behandlung (Uterusausspülung) Tod bereits am nächsten Morgen. Bei einer kurz darauf folgenden Entbindung erfolgte wiederum Infektion; Heilung durch kalte Bäder (20—25°), alle 3 Stunden wiederholt. F. hatte bereits vorher der Hebamme strenge Desinfekion der Hände, Finger, Nägel etc. anbefohlen. 1 Monat nach Beginn der Erkrankung ihrer Mutter inficirte die Hebamme trotz (angeblicher) strenger Befolgung der Antisepsis wiederum eine Frau, welche 6 Tage nach ihrer Entbindung zu Grunde ging. F. rieth nun der Hebamme noch, ihre Wäsche, Kleidung etc. zu wechseln. In der Zwischenzeit war der Vater der letzteren an einem Karbunkel am Schenkel erkrankt. Das Erysipel der Mutter, der Karbunkel des Vaters und die Infektion jener 4 Frauen stehen wohl sicher zu einander in Beziehung, wenn auch der Karbunkel durch Staphylo-, Erysypelas- und Puerperalseptikämie durch Streptokokken bedingt werden. Therapeutisch erwiesen sich Karbolausspülungen des Uterus (3—4mal täglich) nützlich; ferner Excitantia und Roborantia; ließen die Ausspülungen im Stich, so wurden kalte Bäder (in einem Falle 15, Dauer 10 Minuten) angeordnet. Trotzdem erfolgte der Tod in 2 Fällen; bei dem einen bestanden Zeichen allgemeiner Septikämie, bei dem anderen Peritonitis, während eine Frau ohne Peritonitis und eine zweite mit eitriger Pelveoperitonitis genas. Prophylaktisch giebt Verf. für das Verhalten der Hebammen in solchen Fällen Rathschläge, welche als Vorschriften in Deutschland längst bestehen.

G. Meyer (Berlin).

18. **Felix Wolff.** Zur Ätiologie der Meningitis cerebrospinalis in Hamburg.

(Festschrift zur Eröffnung des neuen allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf 1889. p. 119.)

Während Verf. die bakteriologische Seite der Ätiologie der Meningitis cereprosp. nicht berührt, bringt er einen Beitrag zur epidemiologischen Seite dieser Erkrankung. Die verzeichneten 180 Fälle vertheilen sich sehr ungleich auf einzelne Bezirke, einige Stadttheile blieben völlig verschont. Die Zahl der Erkrankungen steht in keinem direkten Verhältnis zur Einwohnerzahl der Straßen. Höhenlage und Beeinflussung der Bodenbeschaffenheit durch die Witterung erscheint für die einzelnen Stadttheile belanglos, desgleichen mangelhafte hygienische Verhältnisse. Über das Virus selbst kann Verf. nur berichten, dass es endemisch, an gewisse lokale Herde gebunden ist, in loco jahrelang, ohne sich durch Erkrankungen zu manifestiren, seine Tenacität bewahrt und nur durch Einwirkung der Atmosphäre auf den inficirten Boden von Neuem Erkrankungen producirt. Diesem letzteren Punkte wendet Verf. seine besondere Aufmerksamkeit zu. Von allen meteorologischen Einflüssen betrachtet er den, welchen der Feuchtigkeitsgehalt der Luft ausübt, als den wirksamsten auf das Wiederentstehen und Vergehen der Meningitisepidemie. Eine genaue Betrachtung nämlich seiner Tabellen zeigte ihm, dass das Frühjahr bis inkl. Juni, danach der Winter die meisten Erkrankungen lieferte, und dass diese Vertheilung in jedem Jahre regelmäßig wiederkehrte. Die Wintermonate aber weisen das niedrigste Sättigungsdeficit (= den größten Feuchtigkeitsgehalt der Luft) auf, und erklärt sich Verf. den Hergang so, dass auf eine längere Durchfeuchtung der Luft ein Wiedererwachen der Meningitis, wenn auch nicht unmittelbar, so doch 1—2 Monate darauf erfolgte. Die beigefügten, sorgfältigen Berechnungen stützen die genannte Ansicht. Es liegt nach diesen Ausführungen nahe, Rückschlüsse auf die Bodenbeschaffenheit zu ziehen, doch unterblieben Untersuchungen nach dieser Richtung hin wegen Mangels an Material.

Roenick (Berlin).

19. **Herz. Über die Anwendung des Natrium salicylicum bei Rippenfellentzündung.**

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 28.)

Das zufällige Nebeneinanderliegen einer akuten Pleuritis mit einem Rheumatismuskranken hatte H. bewogen, ausgehend von der Ähnlichkeit des Krankheitsprocesses — in beiden Fällen Entzündung der serösen resp. synovialen Häute mit der Neigung, Exsudat zu bilden, bei beiden hohes Fieber und Schmerz —, einen Versuch mit Darreichung des Natr. salicylicum bei Pleuritis zu machen. Der Erfolg war so überraschend, dass H. den Versuch noch bei zwei anderen Kranken wiederholte. Die Pat. bekamen pro die 6,0 Natr. salicylicum in Lösung. Schon nach Gebrauch der ersten Flasche wurden die Schmerzen geringer, das Allgemeinbefinden besser; nach Verabreichung von 18,0 waren die Schmerzen völlig geschwunden; die Kranken hatten selbst bei tiefem Inspiriren keinen Schmerz, während das Reibegeräusch wahrnehmbar, das Fieber vorhanden war. Der ganze Verlauf erschien abgekürzt.

Bei der kleinen Zahl der Beobachtungen ist es natürlich nicht möglich, Schlüsse zu ziehen. Jedenfalls fordern dieselben zur Anwendung des Verfahrens auf.

M. Cohn (Berlin).

20. **E. Navratil** (Budapest). **Beiträge zur Behandlung der Jackson-schen traumatischen Epilepsie.**

(Pester med.-chir. Presse 1889.)

I. 19jähriger Schuster litt nach einer Kopfverletzung an Kopfschmerz und Schwindel. 2 Jahre nachher stellten sich schwere epileptische Anfälle ein, die später 10mal am Tage auftraten. Beträchtliche Depression des rechten Os parietale. Bedeutende Schwäche in den linken Extremitäten, häufiger Harnreiz. Nach der Trepanation, bei welcher sich Intaktheit der Dura und Hirnoberfläche ergab, ließen der Kopfschmerz, Harndrang und die Anfälle nach.

II. 17jähriger Bauer erlitt einen Komminutivbruch des linken Seitenbeines. Mehrere Wochen lang rechts Hemiplegie mit Apathie. Nach Entfernung des verletzten Knochens blieb rechtsseitige Facialisparese mit Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, Schwäche der rechten Extremitäten und Sprachstörung zurück. Gelegentlich traten epileptische Anfälle auf. Trepanation. Dura und Gehirn intakt. Die Facialiszuckungen und die Sprachstörung sistirten für immer. Trotz später vorgenommener Lösung von Verwachsungen der Dura mit der Kopfhaut blieben die epileptischen Anfälle erst fort (9 Monate), als aus dem Gyr. central. anterior ein weißlich-gelber, indurirter Herd entfernt war. Motilität und Sensibilität stellten sich vollkommen her.

III. 32jähriger Landmann, der einen heftigen Schlag mit einem schweren Stock auf die linke Schläfe erhalten hatte, zeigte 14 Monate später Schwäche der rechten Extremitäten und leichte Anästhesie der rechten Hand, Kopfschmerz, schwerfällige Sprache und epileptische Anfälle, die von der rechten Hand ausgingen. Operativ wurde ein kleinnussgroßes, granulöses Gebilde, das in dem Gyr. central. anterior sinist. eingebettet war, entfernt. Wenig Anfälle. Bei einer zweiten Operation zeigte sich die graue Substanz in der Umgebung des Sulc. Rolando gelb gefärbt, indurirt und reagirte ganz schwach bei Reizung mit dem elektrischen Strom. Anfälle p. operationem. 8 Tage später war die Kraft der rechten Hand gestiegen. Das Hirnstück zeigte frische und alte Blutextravasate, reichlich bindegewebiges Material zwischen Inseln gesunder grauer Substanz.

Die Berechtigung der Operation bei diesen und analogen Fällen bejaht N. entschieden, da 1) die Operation an sich nicht gefährlich, 2) mit keinen schädlichen Folgen verbunden ist; die Erfahrung zeigt, dass das Hirn größere Substanzverluste ohne Funktionsausfall verträgt; 3) war die traumatische Epilepsie bisher auf keine andere Weise zu heilen. **J. Ruhemann** (Berlin).

21. C. Eisenlohr. Zur Pathologie der syphilitischen Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks.

(Festschrift zur Eröffnung des neuen allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf 1889. p. 128.)

Eine Entscheidung in der Frage, ob die Tabes syphilitischer Natur sei oder nicht, zu bringen, beansprucht die interessante Mittheilung nicht; liegt doch vielleicht die Entscheidung dieser Frage gar nicht auf anatomisch-histologischem Gebiete. Die beiden Fälle, welche unter dem Bilde einer anomalen Tabes verlaufen waren, zeigten post mortem, dass es sich um eine chronische, unzweifelhaft syphilitische Meningitis mit sekundären, wesentlich auf die Hinterstränge und die hinteren Wurzeln lokalisirten Rückenmarksveränderungen handelte. Der anatomische Befund im 1. Falle lautet: Die Pia spinalis ausschließlich an ihrer Hinterfläche verdickt, zeigt goldgelbe, stecknadelkopf- bis linsengroße Einlagerungen (Gummigeschwülste); ein kleines Gummiknötchen liegt im Niveau des obersten Dorsaltheiles, ein etwa linsengroßes in der Höhe der 8. Nervenwurzel. Der linsengroße Knoten erschien (nach Härtung des Markes in Chromsalz) in die verdickte Pia eingeschoben und an einer Stelle mit der hinteren Peripherie des Rückenmarks und der hinteren Wurzel der rechten Seite verschmolzen; das ganze Areal der Hinterstränge mit Ausnahme eines schmalen, der hinteren Kommissur und der Basis der Hinterstränge anliegenden Streifens verfärbt, d. h. degenerirt. Die Degeneration griff auf die hinteren Wurzeln und auf kleine, den letzteren anliegende Abschnitte der Seitenstränge über. Mikroskopisch war in den degenerirten Partien zu erkennen: Untergang der Markscheiden und Achsencylinder, Ersatz der normalen Struktur durch ein trübkörniges, abnorm kernreiches Maschengewebe und mäßige Verdickung der Gefäßchen, die mit Körnchenzellen dicht besetzt waren. Die Clarke'schen Säulen waren intakt. Im Halstheil war nur an Karminpräparaten eine deutliche Verdichtung der Neurogliabalken in den Goll'schen Strängen, besonders an der Mittellinie, und ein dieser Verdichtung entsprechender geringer Schwund der Nervenfasern zu bemerken. Im 2. Falle war die Pia cerebri verdickt in Form streifenförmiger Schwarten, die Pia spinalis bot keine Gummiknoten, sonst dieselben Veränderungen wie im 1. Falle. Die Erkrankung betraf das obere Brustmark und das Cervicalmark in einer Ausdehnung bis zur Pyramidenkreuzung. Betheiligt an der Degeneration waren einmal die Hinterstränge, namentlich ihr peripherer Theil mit Einschluss der hinteren äußeren Felder Strümpell's, und die mittleren Partien derselben, ferner der rechte Vorderstrang, der ein keilförmiges degenerirtes Feld aufwies, und die Seitenstränge mit Randdegeneration. Die vorderen Wurzeln waren nicht merklich verändert mit Ausnahme der durch die degenerirten Vorderstrangpartien ziehenden Bündel, dessgleichen die hinteren Wurzeln, von denen nur einzelne entartete Bündel in dem erkrankten Areal der Hinterstränge zu rekognosciren waren. Der Untergang der nervösen Elemente war ein vollständiger, die zahlreichen kleinen Gefäße in den erkrankten Hinterstranggebieten besaßen verdickte Adventitien mit mäßigem Kernreichthum. In Anbetracht dieser anatomischen Befunde handelt es sich nach der von Jürgens aufgestellten Nomenclatur im Falle 1 um eine Pachymeningitis et Arachnitis spinalis chron. fibrosa et gummosa und Myelitis interstitialis chron. diffusa; im Falle 2 um eine Pachymeningitis et Arachnitis spin. fibrosa und Myelitis interstitialis chron. fibrosa diffusa syph. Die Charakteristica der Syphilis des Rückenmarks (Fr. Schultze, Julliard): Kombination von Entzündungsvorgängen an den Meningen und exsudativen Processen an den Gefäßen und ihren Scheiden mit Hyperplasie der Neuroglia nebst folgender Nervendegeneration waren vorhanden; nur konnte Verf. keine so ausgeprägte Veränderung der kleinen Rückenmarksgefäße konstatiren, wie sie als charakteristisch für Syphilis Greiff und Rumpf beschrieben haben. Die Nervendegeneration erfolgte im Anschluss an die Verödung der Gefäße, wie die keilförmige Entartung im rechten Vorderstrang darthut, die ganz den von Adamkiewicz festgestellten Ernährungsgebieten kleiner Randgefäße des Marks entspricht. Was die vorgefundene chron.

Lepto-Meningitis anbetrifft, so kann sie Verf. nicht, wie Jürgens und Siemerling für die kongenitale Rückenmarkssyphilis mit Recht annehmen, als Ausgangspunkt der Erkrankung betrachten; im 1. Falle sind Hirn- und Rückenmarkshäute gleichzeitig erkrankt, im 2. Falle begann die Erkrankung in der Cervicalgegend. Auffallend ist im Falle 1 die geringfügige Entwicklung der sekundären Degeneration der Goll'schen Stränge in den oberen Abschnitten des Markes; Verf. kommt zu dem Schluss, dass die langen Bahnen, welche aus den unteren Extremitäten in den Hintersträngen aufsteigen, ausnahmsweise nicht an der Basis der Goll'schen Stränge (Lange, Schultze) verliefen, sondern mehr im Areal der letzteren zerstreut waren. Der Fall 2 war längere Zeit in seinem klinischen Verlaufe nicht unähnlich einer Tabes cervicalis; die Ähnlichkeit erklärt sich leicht aus dem anatomischen Befunde, denn an der ausgebreiteten Degeneration hatten die Wurzelzonen Theil genommen. Die beiden mitgetheilten Beobachtungen zeigen recht deutlich, wie trotz der Verschiedenheit der anatomischen Bedingungen die Syphilis des Rückenmarkes der Tabes ähnliche Krankheitsbilder hervorbringen kann, sobald nur die Lokalisation die geeignete ist. Wenn Fournier hervorhebt, dass syph. und nicht syph. Tabes sich nicht unterscheiden, so werden die Fälle von anomaler Tabes auf ihre wahre Natur zu prüfen sein. Nach Verf.s Beobachtung kommen gerade im Gebiete der syph. Tabes nicht selten Fälle vor, die wahrscheinlich auf von denen der typischen Tabes abweichende Bedingungen zurückgeführt werden müssen. **Rosnick** (Berlin).

22. M. Nonne. Einige anatomische Befunde bei Mangel des Patellarreflexes.

(Festschrift zur Eröffnung des neuen allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf 1889. p. 144.)

Wenn auch heute noch die Lokalisation einzelner spinaler Symptome Schwierigkeiten bereitet, wie z. B. die der spinalen Ataxie, welche auf Affektionen der Burdach'schen Stränge, oder der den Wurzeleintrittszonen benachbarten Partien, oder auf funktionellen reparablen Störungen beruhen kann, so theilt diese Schwierigkeit die örtliche Bestimmung des Patellarreflexes nicht. Seit den grundlegenden Arbeiten von Westphal und den bestätigenden Untersuchungen von Strümpell und Minor ist der Ausfall des Patellarreflexes für die spinal bedingten Fälle auf eine Erkrankung der Wurzeleintrittszonen zu beziehen. Bei der Seltenheit der diesbezüglichen Publikationen bringt Verf. 2 einschlägliche Fälle. Fall 1: Pat., Phthisiker, specifische Infektion vorhanden; von Nervensymptomen ist nur geringe Abnahme der groben Kraft in den rechten Hüfthebern und Unsicherheit resp. Verschwinden des rechtsseitigen Patellarreflexes bei Erhaltensein des linken zu konstatiren; keine lancinirende Schmerzen, Parästhesien etc. Sektion: Pia intakt, eben so die peripheren motorischen, die Mm. rectus fem. und extensor crur. quadr. versorgenden Äste. In den Hintersträngen des Lumbal- und Dorsalmarkes eine beginnende, dem Typus der Tabes folgende Degeneration, die auf dem Querschnitt des Markes betrachtet beiderseits noch etwas über die Westphal'sche Linie hinausragt und somit die Wurzeleintrittszonen, rechts mehr als links, betheiligt. Auch in den Hinterseitensträngen ein kleines dreieckiges Degenerationsfeld. Die Wurzeln sämmtlich intakt. Es handelt sich demnach um eine typische, ausschließlich in den Hintersträngen beginnende, bei der Intaktheit der Pia und der Gefäße primär zu nennende Hinterstrangsklerose, Tabes incipiens, die sich mit einer Seitenstrangdegeneration komplicirte. Die stärkere Betheiligung der rechten Wurzeleintrittszone am sklerotischen Processe erklärt den Mangel des rechtsseitigen Patellarreflexes. Hervorzuheben ist, dass selbst die nicht unerhebliche Alteration der Hinterstränge keine Sensibilitätsstörungen gemacht hat. Was die Heilbarkeit der Tabes anbetrifft, so hätte, wenn die Markaffektion Stillstand gemacht hätte, im klinischen Sinne das Nervensystem als gesund gelten können; dass ein Stillstand im Beginn der Tabes vorkommt, bezweifeln auch Westphal und Schultze nicht. —

scher Krankheitsprodukte nachzuweisen. Was aber die von anderen Untersuchern an Syphilomen innerer Körpertheile gemachten positiven Befunde anlangt, so ventilirt er die Frage, ob es sich bei denselben nicht um Tuberkelbacillen handelte, welche bekanntlich gleichfalls positiv auf das Lustgarten'sche Färbungsverfahren reagiren, eine Möglichkeit, die um so mehr ins Auge gefasst zu werden verdient, als nach seinen Erfahrungen höchst wahrscheinlich auch Mischgeschwülste von Syphilis und Tuberkulose vorkommen. Die gleiche Reserve wird von B. gegenüber der pathogenetischen Bedeutung des Rhinosklerombacillus an den Tag gelegt und es als nicht ganz unwahrscheinlich hingestellt, dass das Rhinosklerom das Beispiel einer Mischinfektion ist, welche durch den noch zu entdeckenden eigentlichen Krankheitserreger und pathogene Kapselkokken der Nasenhöhle bedingt sei. Selbst bezüglich der Klebs-Löffler'schen Bacillen lässt sich nach Verf. die Auffassung nicht bestimmt zurückweisen, dass dieselben nicht die parasitären Erreger der Diphtherie, sondern lediglich saprophytische Bewohner der diphtheritischen Membranen sind. Allerdings war ihm zur Zeit, als er diese Bemerkung niederschrieb, die inzwischen erschienene Arbeit von Roux und Yersin, deren Ergebnisse sehr zu Gunsten der Ansicht sprechen, dass jene Organismen dennoch das wahre Diphtherievirus darstellen, unbekannt. Betrachtet man trotzdem noch jetzt die Frage über das Diphtheriekontagium als eine offene, so wird man doch immerhin auf die von B. zugelassene Möglichkeit, dass die in den diphtheritischen Lokalisationen überaus häufig vorkommenden Streptokokken die Ursache der Brétonneau'schen Krankheit darstellen könnten, kein allzu großes Gewicht legen dürfen, da, wie der Verf. selbst hinzufügt, dieselbe ohne weitere Hypothesen und Einschränkungen nicht aufrecht zu erhalten ist. — Einer durchaus sachgemäßen Kritik werden in dem Kapitel »Choleraspirochaete« die beiden Infektionstheorien der direkten Aufnahme des Virus in den Darm, besonders durch das Trinkwasser, und der Verbreitung desselben durch den Boden unterzogen. Dass B. als Bakteriologe von Fach sich hierbei mit Entschiedenheit zu Gunsten der Kontagiositätslehre ausspricht, versteht sich von selbst. — Den Aktinomyces zählt B. zu den pleomorphen Bakterienarten und charakterisirt ihn als eine pathogene Cladothrixart, wobei er sich auf die Züchtungsversuche Boström's, Paltauf's und Afanassiew's stützt. Unseres Wissens sind aber weder von den citirten Forschern noch von anderer Seite bisher gelungene Infektionsversuche mit Kulturen des Aktinomyces berichtet worden, so dass demnach die Frage der Reinkultur desselben und seiner botanichen Stellung noch nicht als gesichert angesehen werden kann. Die Verschiedenheit in der Erscheinungsweise der Aktinomykose beim Mensch und beim Thier wird von B. mit Recht dahin gedeutet, dass bei jenem in der Regel kein reiner Process, sondern eine Mischinfektion des Aktinomyces und nachträglich eingedrungener pyogener Mikroorganismen vorliegt.

Die Schlussvorlesung des Werkes behandelt, wie schon erwähnt, die pathogenen Protozoen und Mycetozoen. Zu den ersteren zählt B. in Übereinstimmung mit Metschnikoff auch die Malariaplasmodien und entwirft unter Hinzufügung der sehr instruktiven Balbiani'schen Abbildungen eine anschauliche Schilderung der für die Existenz einer germinativen Infektion so außerordentlich bedeutungsvollen Pebrinekrankheit der Seidenraupen.

Die sehr ausführlichen, dem Ende einer jeden Vorlesung angefügten Litteraturangaben bilden eine willkommene Vervollständigung des ausgezeichneten Werkes.

A. Fraenkel (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

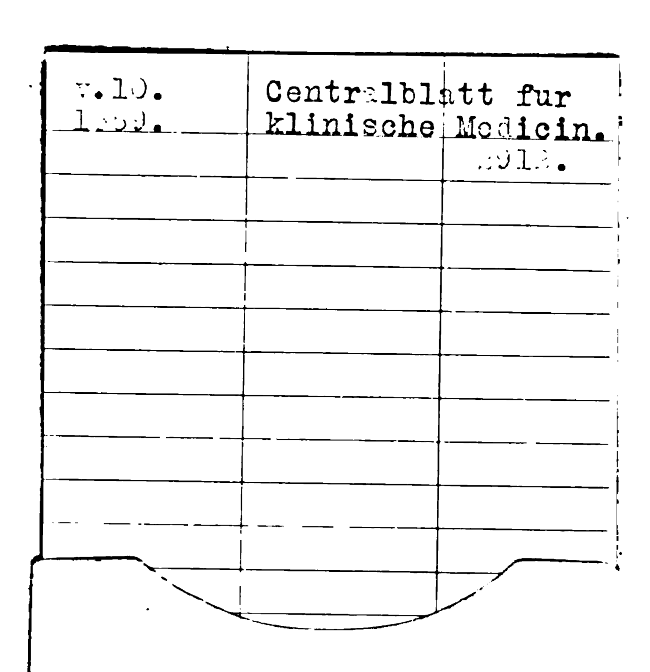
Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Titel und Register zu Jahrgang 1889.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

INTER-LIBRARY LOAN
7 DAYS AFTER RECEIPT
College of Medical
Evangelist - Loma Linda

1m-7,'15



v.10.
1889.

Centralblatt fur klinische Medicin.

2912.

2912

University of California Medical School Library

